

Wilfred R. Bion

GÎNDURI SECUNDE

LUCRĂRI SELECTATE DE PSIHANALIZĂ

Studiu introductiv de James S. Grotstein

Ediție îngrijită de Florin V. Vlădescu



© S. Ilfoveanu

Traducere din limba engleză de
Carmen Bujdei și Florin V. Vlădescu
În colaborare cu Corin Braga

EDITURA S. FREUD

Wilfred R. Bion

GÂNDURI SECUNDE

LUCRĂRI SELECTATE DE PSIHANALIZĂ

Studiu introductiv de James S. Grotstein

P reconc epție	1	2	3	4	5	6	Dn	
E C								
oncept ie	1	E 2	E 3	E 4	E 5	E 6	E En	...
F C		F 2	F 3	F 4	F 5	F 6	F În	...
G Si								
stem științi fic deduc tiv		2	G					
H C								
alcul algebr ic								

Traducere după *Second Thoughts - Selected Papers on Psycho Analysis*, William Heineman Medical Books Ltd., London, 1967. EW.R. Bion 1967.

eâhe Estate of W.R. Bion. Prin aranjament cu Francesca Bion și M. Patterson and Associates, Colchester, Anglia - versiunea în limba română. Toate drepturile rezervate.

eKarnac Books, Ltd., Londra, Anglia pentru:

J.S. Grotstein, *Wilfred R. Bion: The Man, The Psychoanalyst, The Mystic: A Perspective on His Life and Work*. Prin aranjament cu G. Sacerdoți, Karnac Books, Ltd., Londra și James S. Grotstein, Los Angeles, S.U.A. - versiunea în limba română. Toate drepturile rezervate.

eâhe S. Freud Romanian Translation and Publication Fund, Inc., Binghamton, New York, S.U.A. - ediția în limba română. Toate drepturile rezervate.

eFlorin V. Vlădescu - traducerea în limba română. Toate drepturile rezervate.

Cu excepția unor scurte citate în recenzii fi prezentări de carte, această publicație nu poate fi reprodusă, copiată, stocată sau transmisă prin mijloace electronice, mecanice, de fotocopiere, de înregistrare sau prin orice alte mijloace prezente sau viitoare, în întregime sau în parte, fără permisiunea în scris a deținătorilor copyright-urilor.

Bion, Wilfred Ruprecht (1897 - 1979) - *Gânduri. Secunde. Lucrări selectate de psihanaliză*. Studiu introductiv de J.S. Grotstein. Traducere din limba engleză de Carmen Bujdei și Florin V. Vlădescu, în colaborare cu Corin Braga. Ediție îngrijită de Florin V. Vlădescu. Ediția I-a - 1993.

1. Psihanaliză - Teoria și practica relațiilor cu obiectul - Psihoze - Stări de limită - W.R. Bion. I. Titlu.

2. J.S. Grotstein.

Text procesat prin *Nota Bene*[™] - *Lingua 4. Jt* în CG Times, 11/9 point. Camera-ready copy

produsă cu *HP Laser Jet™* 4. Tiparul executat de
C.L. Hutson Co., Inc., Utica, New York, S.U.A.

ISBN 1-883881 - 00 - 5

Această ediție este dedicată lui

Vasile M. Vlădescu

Scientia nostra, scientiae tuae comparata,
ignorantia est.

CUPRINS

James S. Grotstein - Wilfred R. Bion: O privire
asupra vieții și operei sale

1. Introducere

2. Geamănul imaginar

3. Note asupra teoriei schizofreniei

4. Dezvoltarea gândirii schizofrenice

5. Diferențierea personalității psihotice de
cea nepsihotică

6. Despre halucinație

7. Despre aroganță

8. Atacuri împotriva legăturii

9. O teorie a gândirii

Referințe bibliografice

Scrierile lui W.R. Bion

WILFRED R. BION: OMUL, PSIHANALISTUL,
MISTICUL.

O PRIVIRE ASUPRA VIEȚII ȘI OPEREI SALE

Stingerea din viață a lui Wilfred Ruprecht
Bion, la 8 noiembrie 1979, a lăsat în seama
noastră sarcina de a re-evalua influența pe care el
și opera sa au exercitat-o asupra psihanalizei
generației noastre. Toți cei care s-au aflat în
preajma sa, pentru mai mult sau mai puțin timp,
pot depune negreșit mărturie despre uriașa sa
vitalitate, despre puterea prezenței sale, despre

umorul și inteligența sa ascuțită, despre penetranța gândirii sale, cât și despre anacronica (din păcate) blândețe ce se ascundea sub politețea și respectul său pentru oameni. Povestea vieții sale, așa cum o cunosc, se apropie în multe puncte de cea a eroilor din cărțile Vârstei de Aur ale copilăriei, pe care cei mai mulți dintre noi le-am trăit cu atâta pasiune.

Bion poate fi considerat un echivalent modern al eroului clasic, nu numai în baza nașterii sale exotice și a isprăvilor sale din primul război mondial, ci și datorită luptei neînfricate de cruciat al Inocenței (purtate în special pentru noi, cei pe care i-a analizat), combătând cu abilitate dragonii ce ne bântuiau și ajutându-ne să străbatem cu bine ceea ce Blake numește *Pădurea încercărilor*, pe drumul spre Inocența supremă. Pe de altă parte, ultimele lucrări ale lui Bion, în special cele despre geniu, despre mistic sau despre mesia, nu pot fi citite fără a-i aplica lui însuși aceste calificative. Ce este geniul? Pentru Bion, este un om capabil să aibă experiența Adevărului, O, fără să trebuiască să-l gândească (falsifice). Pentru mine, este cineva care poate să vadă misterul în lucrurile comune, să-l investigheze, să transforme banalul în insolit. După oricare dintre cele două definiții, Bion a fost un geniu sau, cu un cuvânt pe care l-ar fi folosit oamenii din alte vremuri pentru a desemna o asemenea personalitate de calibrul său, un *vrăjitor*.

Povestea vieții lui Bion îmi apare, în special mie, drept o înșiruire de enigme. Întâi de toate, m³ întreb cum este posibil ca un om născut în India

imperiului victorian, în orașul Muttra din îndepărtatele Provinciile Unite, să devină psihanalist? Cazul său nu este însă unic.

Căutând odată un articol într-un număr vechi al *Jurnalului internațional de psihanaliză*, am dat din întâmplare peste următorul necrolog: „Claude Dangar Daly, locotenent-colonel în rezervă”. Faptul că o revistă de psihanaliză publica necrologul unui ofițer în rezervă din armata britanică din India mi-a ațâțat curiozitatea, încât am citit necrologul în întregime. Pe când se afla în serviciu la frontiera Baluchistanului, în Provinciile din nord-vest, colonelul Daly și-a transcris visurile și le-a trimis lui Sandor Ferenczi. Acesta l-a convins să-l consulte pe Freud, astfel încât ofițerul britanic și-a luat o permisie, s-a dus la Viena, a fost analizat de Freud, pregătit apoi la Institutul din Viena și a sfârșit prin a deveni psihanalist. Faptul că un ofițer din armata colonială a putut ajunge psihanalist m-a umplut de uimire. Cazul acestui cruciat anacronic nu a mai fost remarcat de nimeni altcineva în afară de mine în mediile psihanalitice, deoarece contribuțiile sale în psihanaliză au fost puține și neînsemnate. Și totuși e un mister – ca leopardul lui Hemingway de pe zăpezile din Kilimanjaro – cum a putut un ofițer al armatei din India să ajungă de la Khyber Pass la Viena pentru a deveni analist. Comoditatea și conformismul moravurilor din practica psihanalitică a zilelor noastre sunt puse la grea încercare, cred, de ideea că, în acea epocă, un om dintr-o zonă atât de îndepărtată a reușit să-și găsească drumul spre a deveni psihanalist.

Maiorul Wilfred Ruprecht Bion, decorat cu D.S.O. (Distinguished Service Order), eroul unei odisei similare celei a colonelului Daly, pare să fi avut mai mult noroc decât acesta, reușind să se impună în lumea psihanalizei și a fost desigur, metaforic vorbind, ca leopardul pe zăpezile din Kilimanjaro, îndepărtându-se cu mult de destinul pe care i-l urziseră înaintașii săi.

Date biografice

Numele lui este hughenot și strămoșii veniseră în Anglia în urmă cu câteva secole, când începuse persecuția lor în Franța. Tatăl său era un inginer civil cu o oarecare faimă, și a fost pentru o perioadă secretar de stat al Congresului Indiei. Serviciile pe care le-a adus Coroanei au fost atât de mult apreciate, încât i s-a oferit un titlu de noblețe, pe care el l-a refuzat. Mama lui Bion provenea, se pare, dintr-o pătură socială mai umilă, dar calitățile ei de empatie și căldura sufletească aveau să-i lase acestuia o adâncă impresie. El a mai fost crescut de către o doică și o guvernantă, amândouă indiene, care-i povesteau adesea legende din *Mahābhārata*, al căror limbaj îi era greu de înțeles, dar al căror impact nu îl va uita niciodată.

Obiceiurile de castă ale familiilor din clasele mijlocii și superioare din Anglia și din serviciul civil al imperiului britanic cereau ca tinerii, în special băieții, să fie trimiși foarte devreme la „școli publice”. Wilfred Bion a fost una dintre numeroasele victime ale acestui obicei, astăzi privit ca îndoielnic, fiind trimis, singur, în Anglia, la vârsta de opt ani. După informațiile mele, el nu

s-a mai întors niciodată în India, făcându-și doar planuri, cu puțin timp înaintea morții, să se reîntoarcă acolo, la invitația unui grup de psihanaliști din Bombay.

În „trecerea sa *din* India”, unde se născuse la 8 septembrie 1897, *acest* ofițer militar, jucător de fotbal, matematician, pictor, filosof, savant în studii clasice, medic, psihanalist, „plimbat” prin chineză, greacă, latină și ebraică etc. etc. etc., a venit în Anglia de copil și a asimilat una din cele mai rafinate educații pe care le putea oferi societatea aristocratică a Angliei lui Eduard. A fost educat la colegiul Bishop's Stortford, unde a stat între 1906 și 1915. Mai târziu el își va înhăma educația la aripile imaginației sale coplesitoare, după care se înrolează în Regimentul Regal de tancuri, pe frontul de vest, și ia parte la bătălia de la Cambrat, prima mare înfruntare în care au fost folosite tancuri împotriva germanilor. Distingându-se în bătălie el este chemat la Londra pentru a i se acorda D.S.O. De către regele George V. Bion a luptat în toate bătăliile mai importante ce s-au purtat pe frontul de vest până la armistițiu, ororile acestor experiențe rămânându-i pentru totdeauna întipărite în memorie, iar el neîncetând niciodată să considere un miracol faptul de a le fi supraviețuit.

A fost demobilizat la sfârșitul lui 1918, pentru ca în ianuarie 1919 să se înscrie la colegiul Queens de la Oxford, unde studiază istoria modernă. Pe când se afla acolo, Bion a fost puternic influențat de H.J. Paton, un preparator de filosofie, care l-a îndreptat spre operele lui

Immanuel Kant, în special, dar și ale altor filosofi. Această pregătire deosebită va avea o profundă influență asupra operei de mai târziu a lui Bion. Tot la colegiul Queens, Bion s-a făcut remarcat și ca rugbist și înotător. În 1921 a absolvit Istoria modernă, fără a lua însă și Diploma de merit, distincție ce i-ar fi dat dreptul la o normă întreagă universitară. După absolvire, s-a întors la colegiul Bishop's Stortford pentru a preda istoria și limba franceză. În necrologul închinat lui Bion, Oliver Lyth afirmă că acesta a reorganizat echipa de rugby a școlii și a fost antrenorul celei de înot. „Unii dintre foștii elevi”, scrie Lyth, „își mai aduc aminte cum W.R. Bion îi trezea la ora șase dimineța, pentru a face înot și scufundări. Tot în această perioadă, el a jucat și rugby în echipa Arlechinilor” 1. Din această epocă provine și leziunea cronică pe care Bion a căpătat-o la genunchiul stâng.

În 1923 sau 1924, a părăsit colegiul Bishop's Stortford pentru a studia medicina la University College Hospital din Londra, luând examenul în 1929. Pe când se specializa ca medic, a fost fascinat de psihologia de grup și de instinctele de turmă, așa cum erau acestea expuse de Wilfred Trotter, un renumit chirurg, care, la fel cu alți englezi tipici pentru acea generație sau pentru cele anterioare, era profund interesat și de alte domenii în afara profesiei sale. Ca și Paton, Trotter va exercita o influență puternică asupra operei de mai târziu a lui Bion. Bion a obținut Medalia de Aur pentru chirurgie clinică și a primit o Diplomă cu dublă specializare în 1930. Cred că

după trecerea acestor examene a profesat o scurtă perioadă de timp ca medic militar în R.A.F. (Royal Air Force), după care (prin 1932) a plecat la Londra și a început să practice psihiatria. După Lyth, Bion obținuse un post la Institutul pentru Tratatamentul Științific al Delincvenței, lucrând și ca ofițer militar în Departamentul de Psihoterapie al Spitalului pentru Tulburări Nervoase „Maida Vale”, unde l-a întâlnit probabil pe John Rickman, cu care va avea o analiză personală și cu care apoi va întreține o prietenie adâncă. Bion a fost asociat la Clinica Tavistock din 1933 până în 1948.

După începerea psihanalizei cu John Rickman, Bion și-a început pregătirea de analist la Institutul Britanic de Psihanaliză, aceasta fiind însă întreruptă de izbucnirea celui de-al doilea război mondial, în septembrie 1939. În timpul războiului, a fost, timp de șase săptămâni, ofițerul-comandant al Regimentului de Instrucție Militară de la Northfield Military Hospital; cu ajutorul unui grup de colegi remarcabili, el a reușit să pună în evidență utilitatea muncii de grup. A scris o lucrare despre munca desfășurată aici, intitulată *Tensiuni intragrup în terapie: Studiul lor ca o sarcină a grupului*, care a apărut în *Lancet* în 1943. Aceasta a fost prima sa ieșire în literatura psihiatrică și de asemenea prima sa lucrare asupra grupurilor. El descoperise o cale de restabilire a moralului de grup prin impunerea unui scop comun într-un demers de grup, metodă ce va fi numită mai târziu metoda Tavistock. A stabilit, după Lyth, o listă de reguli pe care membrii grupului trebuiau să le respecte: „1.

Fiecare membru trebuie să facă antrenament fizic o oră pe zi, cu excepția cazurilor când are scutire medicală". Lyth atrage atenția cât de mult amintește această prevedere de acel Bion, antrenorul de înot de la colegiul Bishop's Stortford.

După cele șase săptămâni restrictive petrecute la Northfield, Bion și Rickman au trecut ca ofițeri-psihiatri cu vechime la Comisia de selecție a Departamentului de Război, unde au inovat metoda de selectare în funcții a ofițerilor. Contribuțiile lor au fost remarcate, bine primite și mult prețuite.

După război, Bion s-a reîntors la Clinica Tavistock și a fost numit președintele Comitetului Executiv. În această perioadă, a început să publice o serie de lucrări, ce vor fi reunite într-o monografie, *Experiențe în grup*, și îi vor răspândi faima dincolo de granițele Angliei. De asemenea, și-a reluat pregătirea psihanalitică, pe care războiul o întrerupsese. Între timp, John Rickman, primul său analist, îl prezentase Melaniei Klein și îl recomandase pentru a-și continua analiza împreună cu ea. Bion și-a luat calificarea ca analist în 1947, iar în 1950 și-a prezentat lucrarea de membru, *Geamănul imaginar*.

Bion începe să joace un rol din ce în ce mai important în Societatea Britanică de Psihanaliză și devine directorul Clinicii londoneze de Psihanaliză, din 1956 până în 1962. A fost președinte al Secției de Medicină a Societății de Psihologie Engleze, în 1947, ținând drept discurs de recepție o lucrare intitulată *Psihiatria într-o*

epocă de criză. A devenit președinte al Societății Britanice de Psihanaliză în 1962 și a deținut funcția până în 1965. După moartea Melaniei Klein, a devenit președintele Trustului Melanie Klein.

Bion s-a căsătorit pentru prima dată în 1940, dar căsătoria a fost sortită să sfârșească tragic. Soția sa a murit la scurt timp după nașterea unicului lor copil, Parthenope, în 1945. În 1951, Bion s-a recăsătorit cu Francesca, pe care o cunoscuse la Institutul Tavistock pentru Relații Umane, și a cărei dragoste și dăruire vor avea o importanță uriașă în viața și cariera sa. În prezent, Parthenope este căsătorită cu un muzician și dirijor italian și s-a specializat ca psihanalistă. Cu Francesca, Bion a avut doi copii: Julian, care acum practică medicina, și Nichola, o lingvistă care lucrează ca editoare².

Pe vremea când încă mai locuia în Los Angeles, Bion putea fi văzut uneori plimbându-se prin Beverly Hills, în clipele libere, cu acel mers asemănător pasului de paradă militară. Avea un accent foarte cultivat; câteodată, o pronunție de tipul *disci-pli-nary* trăda reminiscentele unui alt accent, mai vechi – la fel cum înțelesurile speciale pe care le dădea câteodată unor cuvinte precum *macilent* și *definitory* dezvăluiau o educație greu de obținut astăzi. Aristocrat din alte timpuri și locuri.

Bion este, pe de altă parte, în mod paradoxal, un om „obișnuit”; ce e drept, un om obișnuit foarte neobișnuit. Opiniile lui politice îmi sunt necunoscute, dar spiritul său umanist și

democratic, credința fără margini în „geniul” ascuns în fiecare din noi, ura față de sistemul de clase sociale, convingerea că aristocratismul ține de natura umană, respectul pentru „bunul simț”, efortul de a elimina toate clișeele din vorbirea sa și considerația deosebită față de individualitate nu pot fi decât în mod superficial și eronat atribuite ținutei și originii sale, ținând, dimpotrivă, de pietatea sacerdotală a castei mondiale a psihanaliștilor.

Bion a susținut adesea că nimic din ceea ce scrisese nu era original. Afirmția a fost frecvent interpretată ca o falsă modestie. În mod asemănător, oroarea lui de a fi idealizat sau privit ca un om unic în felul său poate părea legată de aceeași modestie iluzorie. Bion, omul care fusese decorat cu D.S.O., nu era modest; era delicat. Cred că dorea în fond să sublinieze faptul că atât cunoașterea, în general, cât și cunoașterea psihanalitică, în particular, sunt o moștenire lăsată de numeroși înaintași, ce au trudit în bezna strigiană pentru a formula toate aceste adevăruri transmise, ca niște torțe, din generație în generație, prin tunelul timpului. Noi, beneficiarii acestei moșteniri, resimțim influența ei fecundă în trierea experiențelor noastre formative. „Știm cumva cui trebuie să-i fim recunoscători pentru cunoașterea pe care am acumulat-o?”, se întreba adeseori Bion. Impresia mea este că Bion dorea să scoată în evidență faptul că, într-o măsură mai mare sau mai mică, toți suntem primitorii influențelor informaționale venind dinăuntru sau dinafară. Numeroasele transformări ce au loc în

propagarea cunoașterii fac originile acesteia din ce în ce mai obscure. Așa că orice gând pe care, la un moment dat, avem impresia că tocmai l-am „creat”, s-ar putea să-și aibă, de fapt, originea în nenumăratele antecedente difuze și disparate, aflate în general sub pragul amintirii, precum și în „gândurile pure”, în faimosul său O.

ideea unei origini nedefinite a ideilor se leagă de o altă concepție a lui Bion, pe care aș numi-o dezaprobare față de cultul personalității în psihanaliză. Așa cum se arată umil în ceea ce privește originile ideilor sale, la fel evită Bion să dea nume proprii unor idei, ca semn de paternitate – cum ar fi freudian sau kleinian – deoarece aceasta ar satura într-atât de mult spațiul psihanalizei, încât i-ar limita creșterea creatoare. Fiind odată întrebat din ce cauză se mută de la Londra la Los Angeles, el a răspuns cu umor: *Eram atât de copleșit de onoruri, încât eram pe cale să mă scufund fără urmă!*

Numele lui Bion apare din ce în ce mai des și în cele mai variate locuri; pe coperta ziarului londonez *Times Literary Supplement*, în conferințele asupra terapiei de grup, în cele asupra tratamentului psihozelor, în congresele internaționale de psihanaliză etc. La Congresul Internațional de Psihanaliză ținut la Ierusalim, numele său a fost luat în derâdere de către un psihanalist de renume mondial. Ținta bătaii de joc era recomandarea lui Bion ca psihanalistul care întreprinde o analiză să-și lase deoparte „memoria” și „dorința”. Faptul că acest sfat reprezenta o reformulare mai adâncă

fenomenologic, dacă nu și poetic, a recomandării lui Freud de a-i asculta pe pacienți cu o minte deschisă și o atenție liber flotantă pare a-i fi scăpat proeminentului analist. Bion nu făcea decât să numească acele elemente care ne parazitează capacitatea de atenție liber flotantă, dând ca sursă de inspirație în crearea acestei noțiuni o scrisoare a lui Freud către Lou-Andreas Salome.

Experiențe în grup

Contribuțiile lui Bion sunt numeroase și variate. Nu pot decât să rezum aspectele esențiale ale operei sale. El e binecunoscut specialiștilor unei importante secțiuni a serviciilor de sănătate mentală pentru felul său original de a aborda grupurile. Aplicând grupului, ca unei entități unice, regulile analizei individuale clasice (cu un accent kleinian), Bion a observat că indivizii care-l compun tind să se grupeze în două grupuri diferite: a) un grup de lucru, ai cănii membri continuă să se concentreze și să coopereze asupra scopului sau funcției grupului, și; b) grupuri bazate pe o presuposiție de bază, care opun rezistență la urmărirea scopului comun, din cauza importunității unei presuposiții de bază comune tuturor membrilor subgrupului rezistent. Cele trei tipuri diferite de presuposiții de bază ce caracterizează aceste grupuri sunt: 1) de atac sau de fugă; 2) de cuplare, și; 3) de dependență. Procedeele pe care Bion le-a aplicat în studiul acestor grupuri s-au dovedit aplicabile la grupuri de diverse mărimi și au devenit cunoscute sub numele de metoda Tavistock. De o importanță deosebită este intuiția lui Bion privind crearea

unei psihoze în mulțime în relație cu un conducător crezut a fi mesianic, atât în sens pozitiv, cât și în sens negativ. Cartea *Experiențe în grup* rezumă descoperirile sale pe această temă.

Experiența clinică cu psihoticii

Următoarea sa perioadă de activitate s-a concentrat asupra investigării clinice a psihozei. În lucrările sale pe această temă, el a adus lămuriri penetrante și contribuții originale felului nostru de a înțelege experiența psihotică. Lucrarea *Geamănul imaginar* (1950) anunța deja apariția unui talent original și ieșit din comun în psihanaliză. Lucrarea dezvoltă cu multă ingeniozitate concepția că sânul este primul geamăn imaginar al copilului mic și studia, de asemenea, legătura dintre dezvoltarea privirii și complexul Oedip, presupunând că punctul lor comun este curiozitatea, concepție ce prevestea multe din explorările ulterioare ale lui Bion. În *Diferențierea personalității psihotice de cea nepsihotică* (1957), era descris un clivaj macroscopic al personalității, premurgând cu mult „descoperirea” de către Kemberg a clivajelor de personalitate în cazurile cu stări de limită. Lucrările *Note asupra teoriei schizofreniei* (1953), *Dezvoltarea gândirii schizofrenice* (1956), *Despre arogantă* (1957), *Despre halucinație* (1958) și *Atacuri împotriva legăturii* (1959) examinau experiența schizofrenică a negândirii, datorată atacurilor legăturii dintre gânduri și obiecte. În aceste lucrări, el reușea să demonstreze și să reconstruiască faptul că începutul experienței psihotice era în eșecul mamei de a conține frica de

moarte a copilului mic (percepută astfel de copilul mic pe cale de a deveni psihotic). Prin demersul său, Bion a făcut pentru psihologia Melaniei Klein ceea ce aveau să facă Hartmann și Erikson pentru cea a lui Freud – prin adăugarea principiului adaptării la înțelegerea reciprocității și mutualității mentale. El anticipează, de asemenea, importanța acordată de Winnicott și mai apoi de Kohut empatiei în atașarea copilului mic de mamă. Aici prind viață pentru prima oară conceptele de „conținător” și „conținut”. De-a lungul acestor lucrări se produce o modificare în atitudinea lui Bion despre identificarea proiectivă și clivaj în psihoză. Inițial, el credea că psihoza se datorează unui clivaj și unei identificări proiective violente a gândurilor pacientului și a minții care leagă între ele gândurile. Treptat, pe măsura descoperirii conceptelor de conținător și conținut și de atacuri împotriva legăturilor, el a început să susțină că psihoza s-ar putea datora incapacității copilului mic de a cliva și proiecta adecvat. Cu alte cuvinte, psihoza e cauzată de un clivaj deficient și de o identificare proiectivă deficientă, din cauza lipsei conținătorului pentru a conține proiecțiile clivate. Concepțiile lui Bion asupra acestui subiect sunt paralele celor ale lui Winnicott și Fairbairn și preced și anticipează lucrările lui Kohut.

De o importanță chiar mai mare, deși având o popularitate mai restrânsă, este contribuția sa asupra deficienței funcției alfa în psihoze. În mare vorbind, funcția alfa corespunde proceselor primare freudiene și reprezintă, în concepția lui Bion, un mecanism-ecluză care recepționează

informațiile senzoriale din experiența afectivă, le procesează, le alfabetizează și le transformă în elemente alfa, ce urmează să fie „digerate” în scopul de a fi gândite sau de a deveni elemente de vis pentru amânare și stocare. Analiza clasică recunoaște, în general, că psihoza presupune un „subeu” cu erupții pulsionale, care, dirijate de procese extrem de primitive, tind să copleșească eul. Noțiunea lui Bion este, aparent, opusă: o funcție alfa defectivă sau deficitară care este mai puțin aptă să recepteze și, prin urmare, să viseze despre informațiile senzoriale din experiența afectivă. Această deficiență a funcției alfa predispune la vulnerabilitate, la psihoză, datorită eșecului ei în a diminua impactul acestor informații. Implicită în această nouă concepție e presupunerea că ceea ce Freud numește „pulsiiuni ale subeului” sunt mesaje haotice ale unei funcții alfa în declin (proces primar), incapabilă de a mai visa în mod adecvat despre realitatea internă sau externă. Dar vom vorbi mai pe larg despre funcția alfa ceva mai încolo.

Tot în această perioadă, Bion a început să se intereseze de alterarea funcției organelor de simț în psihoze. El a înțeles că simțurile psihoticului „nu mai comunică unul cu altul pentru a se pune de acord” și că, mai mult, psihoticii își folosesc organele de simț pentru a-și proiecta senzațiile în obiecte, senzațiile devenind apoi halucinații, din cauza tendinței de identificare proiectivă anormală (concept împrumutat de la Klein, dar pe care Bion l-a dezvoltat). Aroganța gândirii schizofrenice constă în îngâmfarea de a crede că

poate să „gândească” evacuând gândurile și organul cu care gândește gândurile, mintea. El a reușit de asemenea să stabilească obiectele interne invariabile ale minții psihotice: a) *obiectul obstrucționist*, care reprezintă transformarea interiorizată a imaginii materne, în urma atacurilor de tip holocaust ale copilului mic psihotic împotriva imaginii materne și în strânsă îmbinare cu ea. Odată interiorizat, acest obiect nu numai că refuză să conțină proiecțiile, ci ajunge să atace și să obstrucționeze încercările copilului mic de a fi curios sau încercările de a conține sau dobândi cunoașterea; b) *obiectul bizar*, care rezultă în urma unei proiecții masive a sentimentelor și percepțiilor copilului mic psihotic, precum și a organului perceptiv și a organului de gândire, rezultatul fiind vidarea copilului mic și mutilarea corespunzătoare a imaginii în care toate aceste rămășițe sunt violent proiectate.

Lucrarea *Despre aroganță* extindea și ea formulările lui Klein asupra complexului Oedip – formulări care, la rândul lor, reprezentau o extindere a celor ale lui Freud – spre o perspectivă mai largă asupra catastrofei infantile universale. În această lucrare cardinală, Bion ne reamintea că tragedia cea mai adâncă a lui Oedip – dincolo de incest și paricid – era orbirea ochilor în fața Adevărului, transformarea lui Oedip într-un infirm mental, ca o consecință a curiozității sale-epistemofilice arogante de „a cunoaște totul”; avertismentele date de mama sa și de Tiresias, orbul, nu fuseseră de niciun folos. Scoțându-și

ochii și devenind un infirm mental, Oedip ajunge să reprezinte paradigma acelui invalid mental pe termen lung, pe care noi îl numim „omul obișnuit”. Bion a reușit să identifice un triumvirat al simptomelor ce apar în cazurile de psihoză și de stări de limită, care constă în aroganță, curiozitate și stupiditate. Ele trădează prezența catastrofei infantile, care transformă mai apoi aroganța curiozității în aroganța stupidității, transformare facilitată de evacuarea gândurilor din minte pe calea identificării proiective.

În ultimele lucrări ale lui Bion asupra psihozei, e vizibilă o deplasare de accent. Lucrarea *o teorie a gândirii* (1962) a reprezentat o îndepărtare radicală de activitatea sa clinică de până atunci. Bion era deja pe cale de a integra experiențele din analiza psihoticilor și de a se dedica temei care-l atrăsese dintotdeauna: natura minții. *O teorie a gândirii* a fost prima sa lucrare metapsihologică. Într-o cadență regulată au urmat *învă{înd din experiență* (1962), *Elemente de psihanaliză* (1963), *Transformări* (1965), *Gânduri secunde* (1967), *Atenție și interpretare* (1970), *Lecturi braziliene*, în două volume (1975, respectiv 1976), și originala sa trilogie de ficțiune psihanalitică *Jurnal din viitor* (1977).

Descriind metapsihologia lui Bion, mă aflu în aceeași situație ca și rabinul Hillel, când un general roman i-a cerut să recite scripturile evreiești sărind într-un picior. Rabinul a avut măcar prezența de spirit să dea replica: „Nu face altora ceea ce nu-ți place!”. Eu nu am la îndemână o apoftegmă la fel de potrivită în ceea ce-l privește

pe Bion. Tot ce vreau este să se înțeleagă că ceea ce urmează este o versiune dureros de prescurtată a unei gândiri extraordinar de bogate.

În cele ce urmează, încerc să-mi expun impresiile asupra vederii cosmice a lui Bion despre om și a concepțiilor sale metapsihologice. Voi prezenta aceste teme analizând întâi felul în care Bion folosește limbajul. După o scurtă trecere în revistă a operei sale, voi intra în ceva mai multe detalii asupra câtorva dintre cele mai importante concepte ale sale.

Vederea cosmică a lui Bion asupra omului

Pentru mine, esența vederii psihanalitice a lui Bion asupra omului rezidă în natura preconcepțiilor și în relațiile lor cu Adevărul, pe care aș vrea să-l numesc acum „Adeverire”, pentru a-i surprinde neîncetata evoluție. În *Scripturi*, Moise îl întreabă pe Dumnezeu cum va trebui să-L numească în fața oamenilor, la care El răspunde: „Spune-le că eu sunt cel ce este!”. Cred într-adevăr că o traducere mai bună din ebraică ar fi fost: „Sunt Cel ce devine; Cel ce devine încontinuu – Dumnezeu!”. Veșnica devenire, schimbând mereu direcția devenirii, în forma preconcepțiilor, bat la ușa conștiinței doar atunci când sunt chemate de experiența emoțională. Până atunci, aceste preconcepții sunt copii nenăscuți care trebuie să aștepte serendipitatea Destinului pentru a fi chemați – dar care, odată chemați, devin autoritari, calitate pe care Freud o atribuia imboldurilor pulsionale.

Psihicul inconștient definit de Bion este mai vechi decât omul și el este misterioasa sursă a

creativității, imaginației, evoluției și dezvoltării. L-am numit într-o altă lucrare *Fundalul subiect-obiect al identificării primare*, producătorul de visuri etc. El este Adeverirea noastră, O, care trebuie, prin noi, să se intersecteze cu complementul său, O al Celuilalt. Bariera de contact a funcției alfa ne acomodează cu un asemenea demers ce poate fi potențial catastrofal. Nevroza este o amânare a întâlnirii noastre cu consecințele acestei predestinări, iar psihoza reprezintă denigrarea și discreditarea ei completă.

În telul acesta, în vederea cosmică a lui Bion asupra psihicului, noi stăm în poala Divinității noastre interioare, aflată într-o misterioasă legătură cu Divinitatea ultimă (Sfântul Duh). Eutatea constă, prin urmare, în refracția prismatică a emanațiilor venite de la această Divinitate interioară și este cunoscută în formă de vârfuri spirituale, științifice și estetice. Omul lui

Bion e mai mult decât un om, e aproape un Dumnezeu - cu alte cuvinte, el (ea) e transcendental, precum „supraomul” lui Nietzsche. Atât tristețile cât și bolile noastre reprezintă, amândouă, o recunoaștere a eșecului de a trăi la nivelul Divinității din noi, precum și agonia preconcepțiilor noastre născute deja moarte care sperau să ne cheme să revenim la întâlnirea cu trăirea experiențelor noastre netrăite - să devenim O. Bion își imaginează aceasta ca pe o transformare a Paradisului pierdut în Paradis regăsit.

Limbaajul specific al lui Bion

Bion a fost o năpastă pentru editori și o

enigmă pentru publicul său. Felul său de a vorbi și de a scrie conține uluitoare limpezimi – adesea cu efect întârziat – aparent risipite la întâmplare printre divagații și ocolișuri complexe și ascunse. Brusc, Bion face salturi uriașe, fără să lase cititorului o hartă a drumului pe care l-a luat sau un cât de mic indicator. A susținut întotdeauna – în mod eronat, cred eu – că vorbește într-o engleză foarte comună. Nu își pregătea niciodată conferințele; acestea erau întotdeauna spontane și inovatoare. Odată, după ce i s-a dat cuvântul pentru a prezenta *Conferința Franz Alexander*, a început prin a spune: „Sunt mort de nerăbdare să aud ceea ce am de spus”. Auditoriul a râs, fără să știe că Bion vorbea serios.

Cei care au fost îndrumați sau analizați de ei au observat, pe când se aflau în prezența lui, acest amestec neobișnuit de confuzie și limpezime. După multe din ședințele mele de analiză cu el, mi s-a întâmplat să plec perplex și confuz, crezând că nu înțelesesem mai nimic din ce îmi spusese – și abia mai târziu am observat faptul că devenisem în schimb foarte limpede cu propriii mei pacienți. La un moment dat, în cursul analizei, după ce îmi oferise o serie de interpretări, am ajuns totuși, împotriva obiceiului meu, să spun: „*Cred că vă pot urmări*”. Replica lui a fost ironică: „*Da, mi-era teamă de asta!*” De-abia atunci am început să-mi dau seama că Bion nu dorea să fie urmărit sau înțeles, cu atât mai puțin idealizat. Dorea ca eu și toți cei din preajma lui să fim mai degrabă receptivi la propriile noastre emanații și răspunsuri. Am reușit săi „prind” mai bine

neobișnuita metodă de prezentare după ce am ajuns să înțeleg valoarea sfatului său de a evita „memoria și dorința”, în munca cu propriii mei pacienți: „Evenimentul decisiv” a avut loc într-o zi când el m-a muștră că încerc să-l „înțeleg” *pe el*, în loc să-mi observ propriile reacții și răspunsuri la „opinia sa secundă” asupra asociațiilor mele.

Următorul indiciu mi l-au oferit discursurile medicilor laureați cu premiul Nobel, în care era explicată rațiunea fundamentală a tehnicii tomografiei axiale computerizate (CÂT Scan). Procedeu presupune obținerea mai multor imagini diferite ale unui obiect, luate dintr-o varietate de vârfuri în jurul unui perimetru ce se poate roti, la nevoie, în mai multe planuri. Pentru a obține focalizarea asupra unui anumit obiect-țintă, să spunem, interiorul corpului, tot ce se află în jurul lui (tot ce e vizibil) trebuie întunecat, în așa fel încât obiectul-țintă, până atunci întunecat, să poată fi pus cât mai bine în lumină. Când se întâmplă aceasta, suprafețele înconjurătoare sunt făcute să dispară de către „un fascicol intens de întuneric”, după cum spune Bion. Procedeu CÂT Scan e o paradigmă, cred, pentru metoda de a gândi, vorbi și scrie a lui Bion. Acest stil l-a ajutat să-și perceapă propriile emisii intuitive și el ne-a cerut să procedăm, la rândul nostru, în același fel. De fapt, se poate spune că Bion vorbea *Limbajul realizării*.

O privire de ansamblu asupra metapsihologiei lui Bion

Analitic vorbind, personalitatea lui Bion s-a format în vremurile bune de la Institutul Britanic

de Psihanaliză, pe când Melanie Klein se bucura încă de o bună primire în rândul membrilor de orientare clasică, cum erau Ernest Jones și Edward Glover. John Rickman, primul analist al lui Bion, era și el de orientare clasică, dar el a fost cel care l-a inițiat în teoriile lui Melanie Klein și chiar l-a recomandat acesteia pentru o analiză cu ea. Bion pare să fi fost adânc familiarizat cu scrierile lui Freud și, după părerea mea, el a reușit cel mai bine dintre toți discipolii lui Klein să sintetizeze contribuțiile cheie ale lui Freud și Klein.

Contribuțiile lui Klein asupra stărilor mentale primitive l-au intrigat pe Bion; el a început să-i aplice teoriile și tehnicile în cazul psihoticilor și al pacienților cu stări de limită. Treptat, el a ajuns la concluzia că atât teoria kleiniană cât și cea freudiană pleacă de la ipoteza că pacientul trăiește într-un spațiu tridimensional și că obiectele pe care acesta și le reprezintă sunt și ele tridimensionale, fiind prin urmare apte să conțină proiecțiile pacientului. Or, pacienții cu care avea *el* de-a face *nu* trăiau într-un spațiu tridimensional, ci într-unul mult mai limitat. Obiectele despre care vorbeau acești pacienți psihotici nu aveau acea dimensiune a adâncimii care să le facă apte să le conțină proiecțiile. Pacientul, prin urmare, era obligat să proiecteze în interiorul spațiului său extins - așa cum unui pacient aflat în șoc operatoriu vasele capilare i se dilată atât de mult încât suferă o „extravazare internă”, ca să-l para-fraziez pe Bion. Această observație l-a condus la realizarea că limbajul psihanalizei, ca și limbajul în general, e probabil

potrivit pentru a descrie nevrozele, nu însă și psihozele. Raționamentul său a fost următorul: Freud, intrepidul explorator al minții umane, a făcut o descoperire strălucitoare atunci când a delimitat domeniul psihicului inconștient. Psihicul conștient, numit astăzi emisfera dominantă și procesele ei mentale corespunzătoare, este „sensibil” atâta timp cât primește informațiile experienței cu stimulii externi (obiecte) prin organele de simț, informații care, după cum a arătat Freud, sunt diferențiate inițial în două „coduri”, al plăcerii și al neplăcerii. Mai apoi, Freud a postulat, după cum ne reamintește Bion, că organul de simț al conștiinței a fost creat pentru a fi „sensibil” atât la stimulii interni, cât și la stimulii externi.

Lumea internă a psihicului – ceea ce azi am numi emisfera nedominantă – *nu* are un sistem de organe de simț analog celui al emisferei dominante. Freud susține, totuși, că există un organ al conștiinței sensibil la calitățile psihice, dar el nu e perfect analog organelor de simț sensibile la lumea exterioară.

Astfel că, după Bion, trebuie găsită o modalitate nouă prin care atenția psihanalizei să fie îndreptată către o mai ascuțită receptare a „organului de simț” al calităților psihice care recepționează „emisii” unui „emițător” aflat într-un spațiu complet diferit de spațiul tridimensional al lumii externe. Pentru mintea psihotică, acest domeniu nesensibil e și mai complicat; fie că e de natură psihotică, fie că e normal, el pare să fie caracterizat printr-o dimensiune ce nu se compară

cu cea exterioară; de aici, referirile frecvente ale lui Bion la „*infinitul adânc și amorf*, termen împrumutat de la Milton. Profesorul Matte-Blanco desemnează acest spațiu ca domeniu al simetriei, iar eu, ca domeniul dimensiunii zero, pentru normali, și domeniul primei dimensiuni negative, pentru psihotici. Mai mult, după Bion, majoritatea dintre noi avem atât o personalitate nevrotică cât și una psihotică și, în consecință, obiectele noastre psihice apar ca un montaj de imaginație halucinatorie (lumea psihotică) și de senzații neurologice (lumea reală). Noi, psihanalistii, avem nevoie de un mijloc de a ecrana „zgomotul” vieții sensibile cotidiene („supuneți-l unui fascicol intens de întuneric”), pentru a deveni mai receptivi la mesajele venite din lumea psihică. Acest fascicol intens de întuneric nu este altceva decât ignorarea memoriei și a dorinței, a plăcerilor și neplăcerilor trecute și viitoare, a căror gramatică și sintaxă stau la baza lumii sensibile a „înțelegerii”, comprehensiunii și „cunoașterii”.

Bion și-a propus, prin urmare, să folosească Limbajul realizării pentru a descifra lumea psihică, sugerând analistului să aibă *răbdare*, (după suspendarea memoriei și dorinței), până când fragmentele dispersate ale elementelor psihice încep să capete coerență ca *elemente constant împerecheate*. O asemenea disciplină ar putea fi comparată cu un exercițiu de meditație. Atunci când răbdarea analistului este răsplătită prin experiența „evenimentului decisiv”, care îi oferă un indiciu pentru coerența pe cale de apariție, el trăiește sentimentul de *securitate* ce

rezultă dintr-o Transformare PS-*D (Poziție paranoidschizoidă -> Poziție depresivă.) în acest proces, capacitatea sa de conținător analitic s-a supus *reveriei* și, prin aceasta, vulnerabilității; el are experiența provocării, a riscului și amenințării, dar și anxietatea legată de consecințele lor. Reveria analistului este o formă specială de dezvoltare a funcției alfa, ce pregătește spațiul analitic pentru „gândurile fără gânditor” ce emerg, atât în pacient, cât și în analist. Pentru că acestea sunt asociații libere bilaterale spontane, ele au o mai mare putere de reprezentare a *obiectelor psihice*, decât dacă ar fi „gânduri despre lumea sensibilă”. În felul acesta, funcția alfa a analistului facilitează funcția alfa a pacientului, catalizând propria lui transformare PS-*D, încât internul și personalul o al acestuia să se poată intersecta cu O, cu Adevărul Etern, și să mențină ritmul interior ineluctabil conferit de contactul continuu cu O.

Bion credea că receptarea acestor obiecte psihice și a transformărilor lor poate fi concepută ca urmând anumite tipare a căror experiență poate fi avută din multiple vârfuri. Cele mai importante asemenea vârfuri sunt: cel științific (eul), cel religios (supraeul) și cel estetic (subeul), dar există nenumărate altele, în funcție de situația dată. Bion a ales matematicile ca un mijloc de a dezvolta vârful științific. Matematicile au avantajul de a fi un limbaj de semne și/sau simboluri, ce pot reproduce în mod convenabil obiectele în absența lor, facilitând, astfel, un limbaj folositor abstracției, fără penumbra asociațiilor tipic

verbale. Mai mult, matematicile însele au suferit o epigeneneză de la spațiul tridimensional (euclidian) la geometria analitică (Descartes) și de aici la calculele algebrice, devenind astfel un instrument și mai potrivit, ideal pentru mintea ce explorează dimensiuni aflate dincolo de cele trei ale lumii sensibile. Aplicarea rigorii matematice la obiectele și la spațiul lumii psihice a avut ca efect ultim rafinarea definiției și scopului acestora, înzestrând psihanaliza cu un sistem logic fără precedent, precum și cu o bază mai nouă și mai cuprinzătoare pentru o vedere cosmică a psihicului. Unul din rezultatele recursului la logica matematică a fost construirea, elaborarea și utilizarea de către Bion a faimoasei sale grile. Această evoluție poate fi comparată cu procesul de diferențiere a laturilor calculului diferențial, în timp ce folosirea acestor rezultate într-o manieră fundamental imaginativă sau apreciabilă concepțional poate fi concepută ca analoagă calculului integral. Mai târziu, Bion va recurge la matematicile intuiționiste ale Școlii olandeze pentru o și mai mare rafinare a logicii sale matematice.

Al doilea vârf din concepția cosmică a lui Bion e Credința, înțeleasă nu în sensul în care acest cuvânt e folosit în instituțiile religioase, ci în sens transcendental, de Credință în Adevărul în sine și în neîndoielnică lui unicitate ultimă. Credința, după Bion, este experiența unității, spre care toți tindem – încercând să devenim O –, experiență pe care am avut-o odată demult și pe care toți sperăm să o reținem cândva și care e, poate, cel mai bine surprinsă în cuvintele lui Pavel din

Epistola I către Corinteni: „Acum ca printr-o sticlă întunecată, apoi față în față”. Fiecare din cuvintele noastre psihologice conține miriade de preconcepții înnăscute, ce anticipează experiențele prin intermediul realizărilor sau întâlnirii cu ele. Aceste preconcepții se află în noi într-o stare de comensualism pretransformatorie, până când vor fi convocate de experiență. Prin „comensualism”, presupun că Bion înțelegea coexistența pașnică în minte a nenumărate preconcepții care nu se deranjează unele pe altele, deoarece nu au fost încă somate de complementele lor externe să se realizeze în experiență. Când această convocare are loc, preconcepțiile („gânduri fără gânditor”) devin concepții depline, de care noua configurație a psihicului (sau a grupului) trebuie să țină seama, în continuare ele suferind fie o transformare simbiotică (întrajutorare), fie una parazitară, în care unul e dominat de celălalt, în daună reciprocă.

Al treilea vârf este cel estetic. În timp ce Freud a secularizat și a demonizat subeul, ca o reprezentare mentală a unei erupții fiziologice, Bion pare să fi privit inconștientul primar ca fiind din naștere imaginativ, creator și artistic. Artistul e analog funcției alfa; culorile de pe paleta sa sunt preconcepțiile înnăscute; pânza pe care-și face portretul este ecranul alfa, barieră de contact între conștiință și inconștient, ce se regăsește la nivelul C orizontal al grilei lui Bion, unde imaginația se transformă în fantasmе, visuri și mituri. Bion a fost de partea vârfului estetic. El

folosea adeseori, poezia și imaginile poetice în descrierea domeniului psihic al „infinitalui adânc și amorf”, pentru a pune în evidență superioritatea lor asupra limbajului obișnuit. El a recurs chiar la scrierea unui roman în trei părți, *Jurnal din viitor*, ca exercițiu estetic pentru a-și ilustra vederile asupra minții, într-un limbaj care mai degrabă vrea să evoce și să conjure, decât să pună ostentativ în lumină, cum face limbajul obișnuit. Vorbind de poezie, totuși, Bion știa pe de rost numeroase pagini din poezii latini, greci și englezi. Circula zvonul că ar fi putut să citeze la nesfârșit din Ovidiu, Vergiliu, Horațiu și Milton; acesta să fie omul care a propovăduit renunțarea la memorie pentru a conversa în Limbajul realizării?

Limbajul realizării este o reformulare a combinațiilor imaginative (opiniile secunde, după cum le numește Bion) a ceea ce a exprimat pacientul (sau crede analistul că a exprimat pacientul) în asociațiile sale libere. Interpretările analistului au asupra pacientului mai degrabă un efect de reeducare prin evocare, ca opinii secunde, decât ca opinii propriu-zis interiorizate. Punând accentul pe aspectul evocării în contrast cu interiorizarea, Bion realiniază, ca și Lacan, teoria psihanalitică la raționalismul filosofic, opus „tabulei rasa” a empirismului.

Limbajul realizării folosit de Bion e un mod de a căuta acel cuvânt nou, nesaturat, care poate să exprime cel mai bine, la momentul respectiv, aproximarea Adevărului ce evoluează odată cu *răbdarea* analistului. Limbajul, în general, tinde să devină saturat și începe apoi să aibă o proliferare

de sensuri diferite de cele atribuite de cel ce gândește. Bion a împrumutat termenul de „limbaj al realizării” dintr-o scrisoare a lui Keats către fratele său, în care acesta din urmă menționa, de asemer nea, și „capacitatea negativă”:

Am fost șocat înțelegând că însușirea care joacă rolul principal în *realizarea* unui om, în special în literatura, însușire atât de dezvoltată la Shakespeare, e *capacitatea negativă*, aceea de a te menține în nesiguranță, în mister, în îndoială, fără a căuta iritat să ajungi la fapte și la explicații raționale... Unicul mijloc de a întări intelectul e acela de a te concentra asupra nimicului - de a lăsa mintea să ție un loc de trecere pentru orice gând, nu numai pentru unele dintre ele³.

Respectul lui Bion față de mintea umană e în contrast cu teama noastră față de ea și față de „gândurile mesianice” pe care ea le transmite neîncetat către noi. Totuși, respectul lui nu se îndreaptă numai spre mintea omenească și spre Adevărul ultim spre care tinde aceasta, ci și spre propria lui ignoranță și spre toate acele gânduri strălucitoare sau pâlpâitoare pe cale de a se forma, suscitade de fiecare proces mental, ce rămân însă ascunse în clarobscurul sau penumbra incognoscibilului, atunci când încercăm să le explorăm. Ignoranța este, prin urmare, starea mentală cea mai potrivită pentru a investiga obiectul psihanalitic. Ea corespunde celui „fascicol intens de întuneric aruncat asupra asociațiilor pacientului”, pentru că în întuneric să înceapă să liărească ceva. Informațiile pâlpâitoare sau semistrălucitoare ce apar astfel

sunt asemeni sirenelor seducătoare, sugerând existența unor comori și mai mari în întunericul de dedesubt. O minte poate să piară datorită nefolosirii și lăcomiei, asta cred că era convingerea lui Bion.

Mai curajos decât oricare dintre cei pe care îi cunosc, Bion nu a ezitat să se aplece asupra acestui instrument periculos care e mintea - periculos nu atât din cauza imboldurilor sale pulsionale, cum credea Freud, ci din cauza capacității de a avea idei. Oare impresia că Bion ar fi o ființă complicată nu se datorează faptului că noi nu știm cum să uităm ceea ce am învățat și nici cum să reducem strălucirea minții *noastre*, în așa fel încât să reintrăm în contact cu emanațiile periculoase, dar puțin luminate ale unor idei pe care doar Bion pare să fi fost capabil să le perceapă cu acuitate? Poate că Bion doar *ni se pare* complicat și uneori dificil de înțeles, deoarece modul în care-și alege cuvintele ține de tendința sa deliberată de a folosi termeni cât mai mult posibil feriți de saturație, de uzură, de „inteligibilitate”, rămânând totuși în limitele coerenței. El „pictează” cu cuvintele în așa fel încât să ne evoce propriile noastre imagini sau ideograme, astfel ca noi să ne trăim răspunsul imaginativ la evocările sale imaginative. Bion vorbește Limbajul realizării și ne constrânge să-l ascultăm și să ne acordăm la el, astfel încât să redescoperim limbajul pierdut al imaginilor, devenit vid din cauza limbajului secund al „înțelegerii”. Într-o vreme, și eu l-am considerat pe Bion o ființă complicată. Acum îl simt destul de

sensibil. Am fost ajutat în aceasta de „sfatul” său de a nu-l interpreta, ci mai degrabă de a asculta propriile mele răspunsuri la ceea ce spune el. Această logică simplă a dat roade.

Elementele alfa și funcția alfa

Contribuția lui Bion la teoria gândirii constă în reorientarea radicală a teoriei psihanalitice spre curentul principal al epistemologiei occidentale. El a ridicat reducționismul mecanico-biologic al lui Freud pe un plan mai înalt – cel al gândirii filosofice – invocând mai ales predeterminismul rațional al lui Platon și Kant. Prin aceasta, el a îmbogățit teoria pulsionilor a lui Freud cu teoria platoniciană a formelor, a gândurilor pure („gânduri fără gânditor”) și cu categoriile apriorice kantiene (lucruri-însine). Bion a presupus că gândurile pure există ca precepții înăscute și sunt mai vechi decât mintea care le gândește. Ele sunt evocate din starea de comensualism pasiv și inofensiv în epifanii active, eruptive, de către organul de simț al conștiinței, atunci când acesta este stimulat de evenimente din lumea externă și/sau internă. Aceste gânduri apriorice („gânduri fără gânditor”), crede Bion, au nevoie de o minte care să le gândească. Afirmăției lui Descartes: „Gândesc, deci exist!”, Bion pare să-i opună afirmația: „Exist, de aceea am gânduri fără gânditor care cer o minte care să le gândească!”

Gândirea *per se* implică: a) dezvoltarea sau evoluția gândurilor, și; b) gândirea acestor gânduri de către un aparat gânditor, mintea. Primul proces ocupă axa verticală a de acum

faimoasei grile a lui Bion, în timp ce al doilea ocupă axa orizontală. Organul gândirii, mintea, s-a dezvoltat ca urmare a necesității de a adăposti „gândurile fără gânditor”. Astfel, gândirea *per se* este un fenomen care a fost impus asupra eului de presiunea

„Gândurilor” care s-au dezvoltat din impresiile senzoriale transformate și din intuiție. Evoluția gândurilor are loc de-a lungul unei axe genetice (axa verticală a grilei lui Bion), pe măsură ce gândurile emerg din impresiile senzoriale și sunt *transformate* de *funcția alfa* în *elemente alfa* potrivite pentru a fi visate, trăite, gândite, și, în sfârșit, pentru activitatea mentală. Teoria lui a transformărilor m-a impresionat întotdeauna prin analogia izbitoare cu ciclul metabolismului intermediar al carbohidraților al lui Krebs, – adevărată biografie a modificărilor unei molecule de carbohidrat în drumul ei spre ultima utilizare, moleculă ce își menține neschimbată identitatea în cursul tuturor metamorfozelor. Ca și glucoza, gândurile trebuie să apară în urma unei serii de transformări intermediare, în cursul cărora iropactele senzoriale și intuitive asupra conștiinței sunt reduse la elemente utilizabile.

După cum am menționat înainte, funcția alfa este un mecanism-ecluză care primește informațiile experienței senzoriale, din experiența externă și pe cele de natură emoțională din experiența internă. Astfel, ea are o funcție de conștiință bimodală, adică a lumii externe și a celei interne. Ea funcționează deci ca o frontieră

între două domenii și încearcă să faciliteze comunicarea între ele. Funcția alfa reprezintă în parte, prin urmare, o barieră represivă permeabilă între conștiința și inconștientul nostru și/sau lumea internă și externă. Totuși, după cum am arătat mai sus, Bion crede că posibilitatea de a gândi, adică de a avea un organ al gândirii cunoscut sub numele de minte, depinde de reușita copilului mic de a-și însuși funcția alfa a mamei, pe care sau în care să proiecteze. Proiecția-recepția formează un *cuplu de gândire* înăuntrul copilului mic. Bion presupune că funcția alfa e, de asemenea, necesară visului și că visul, la rândul lui, e necesar pentru a facilita gândirea, precum și pentru a facilita somnul, garantând o „membrană” distinctivă dintre trezie și somn. În această calitate, funcția alfa cuprinde și un *cuplu de visare*. În concluzie, funcția alfa poate fi personificată ca un *cuplu de trăire*, înseriat celorlalte două cupluri.

În *Atenție și interpretare*, Bion presupune că funcția alfa mai are un rol, acela de a reprezenta Orânduirea în grupul propriu-zis sau chiar în grupul intern (grupul intra-psihic). Orânduirea trebuie să pregătească drumul pentru „gândul mesianic” – sau pentru persoana purtătoare a „gândului mesianic” – ca acesta (sau aceasta) să poată apărea. În același timp, Orânduirea trebuie să-i pregătească pe acei membri ai grupului ce nu au fost capabili să prevadă „gândul mesianic”, să fie măcar capabili să-l primească fără ca să se producă o schimbare catastrofică. În eventualitatea că ar risca să provoace o schimbare

catastrofală, „gândul mesianic” trebuie înfruntat, falsificat sau, altfel, transformat. Transformările de pe grila lui Bion pot fi văzute ca o relație între două ipoteze definitorii: emergența „preconcepției mesianice” și înfruntarea ei de către Coloana a doua (psi).

În practica psihanalitică pot fi observate numeroase aspecte ale funcției alfa, atât la pacient, cât și la analist. La primul, funcția alfa are rolul de a produce sentimente și gânduri sub formă de asociații libere, ce sunt, la rândul lor, reflectări ale fantasmelor. Aceste fantasme sunt manifestări ale *imaginației*, un factor cheie în funcția alfa. Puterea analistului de a pătrunde fantasma stă în *intuiția* sa. Intuiția, la rândul ei, este capacitatea de a pătrunde legăturile constante și evenimentul decisiv prin care fantasma sau fantasmele pot fi detectate.

Transformări în urma transformării alfa, impresiile sensibile transformate par să devină active senzorial în cursul transmiterii lor, încât pot fi înregistrate ca gânduri de vis (visuri de zi sau de noapte). E ca și cum ar primi licența de mituri sau statutul de visuri. Capacitatea de a visa sau de a mitiza elementele senzoriale presupune abilitatea de a organiza informațiile întâmplătoare într-o narațiune, cu scopul de a dobândi o stăpânire îndărătnică asupra lor, precum și de a garanta deosebirea dintre somn și trezie, prin posibilitatea de a pune unele informații să

„Doarmă”, în timp ce atenția este concentrată asupra altor informații. Puterea de concentrare a atenției poate fi astfel definită ca o punere în stare

de „somn” a unor elemente și „trezirea” altora. Elementele alfa creează un ecran care face acest proces posibil.

Informațiile sensibile transformate par apoi să fie legate cu preconcepțiile, rezervorul mental al ideilor înăscute (a priori) ce așteaptă să se „realizeze” cu ajutorul contrapărților lor externe și viitoare – la fel cum ideile deja dobândite așteaptă să fie recuplate cu experiențe, în ambele cazuri rezultatul fiind formarea unei *concepții*. Foamea ar putea corespunde elementului senzorial *alfabetizat*, ce ar putea fi apoi visat sub forma unui sân devorator, pe de o parte, sau a unui sân împlinitor, de cealaltă. O preconcepție care se cuplează cu o frustrare și apoi încearcă să fugă de această frustrare se dezvoltă într-o „gândire fugară”, adică psihoză. O preconcepție care se cuplează cu o frustrare și care poate tolera sau conține această frustrare se dezvoltă într-o concepție a „nesânului”, care, la rândul ei, se dezvoltă într-un spațiu gol, în care să se poată gândi despre prezența sânului. În felul acesta, capacitatea de a dezvolta concepția „nesânului” facilitează capacitatea de a avea gânduri despre care să se poată gândi. *Învățarea din experiență*, ajutată de puterea memoriei – și de capacitatea mamei de a dilua frustrările prin acea *conținere* cunoscută ca *reverie* – întreține dezvoltarea gândirii, adică, încrederea că realitatea dureroasă poate fi modificată. Modificarea realității constituie axa orizontală a grilei lui Bion.

Grila

Bion, logicianul, a revăzut toate teoriile lui

Freud și ale lui Klein, selectând lucrarea lui Freud, *Formulări asupra a două principii ale activității psihice* și conceptele lui Klein de poziție paranoid-schizoidă și poziție depresivă (precum și cele de clivaj și identificare proiectivă), pentru a elabora „grila”, faimoasă astăzi, prin care se urmărește localizarea dezvoltării, evoluției și transformării tuturor elementelor și evenimentelor psihice. Procedând astfel, Bion a pus ceva de felul unei substanțe radioactive în toate sentimentele și gândurile, ce pot fi astfel temporal și spațial localizate într-un sistem de coordonate polare, ce are o axă verticală. Genetică și o axă orizontală, sistem ce reprezintă întrebuințarea ce urmează să fie dată gândirii. Concepția grilei lui Bion reprezintă una din numeroasele aplicații ale logicii matematice în psihanaliză. Bion simțise puternic necesitatea aplicării logicii matematice la studiul obiectelor psihice. În ultimii ani ai vieții, el îi sfătuia din ce în ce mai mult pe analiști *să-și abandoneze sau să-și suspende memoria și dorința*, după cum am discutat mai sus. Acesteia i-a adăugat renunțarea la *înțelegere*. În spatele acestor interdicții se află, după cum am arătat, convingerea profundă a lui Bion că atât cuvintele, cât și înțelegerea și informațiile sensibile, în general, sunt inadecvate pentru a surprinde Adevărul obiectelor psihice din lumea interioară. Relația noastră cu obiectele spațiului exterior se face prin organele de simț (aparținând de ceea ce numim astăzi organizarea emisferei dominante, care, în constituția ei senzorială, este neurofiziologică). „Descoperirea” inițială a

organelor de simț de către copilul mic se face pornind de la vârfurile durerii, plăcerii și neplăcerii. Astfel, toate informațiile percepute prin organele de simț sunt contaminate de originea principiului plăcerii și neplăcerii.

Un cuvânt, un gând, o concepție sau formulare sunt conținători (Orânduirea) ce definesc, rafinează și închid în interiorul lor semnificațiile unor înțelesuri neverbale. Viața este o continuă mișcare – „Ceea ce e în veșnică devenire” (Platon), „Degetul mișcător a scris și, după ce a scris, se mișcă mai departe...” etc. Adevărurile, pe care cuvintele nu pot decât să le indice, evoluează și suferă transformări în baza vitalității schimbării însăși. Înțelegerea, la fel ca memoria și dorința, seamănă cu nevoia copilului mic de a se agăța de mama iubită, cu mâinile sau cu oricare alt organ senzorial (ochii etc.), pentru a o păstra pentru sine. Ca să o transforme într-un obiect constant, copilul mic trebuie să fie capabil să-i permită mamei să dispară (deci să abandoneze memoria, dorința și înțelegerea) și să permită *în mod imaginativ* imaginii ei să apară, în prezența sau absența ei.

Bion și-a dat treptat seama că limbajul a eșuat în misiunea de a aproxima în mod adecvat studiul elementelor psihice, el fiind, în schimb, mult mai potrivit obiectelor inanimate din lumea exterioară – ca, de altfel, întreaga știință occidentală. Lumea interioară a psihicului are un limbaj propriu. Psihanaliza poate să-l exploreze, dar întâmpină dificultăți în traducerea lui. Singurele care reușesc, probabil, să-l aproximeze

sunt arta, poezia, muzica, religia și matematica, sugerează Bion. De ce matematica? Matematica folosește semne și simboluri care sunt golite de înțeles, deci și de memorie și dorință și, prin urmare, pot fi folosite pentru a desemna *ad hoc* obiectele, sau într-o manieră reprezentativă foarte abstractă. Grila e una din numeroasele aplicații ale formulărilor matematice ale lui Bion. Voi prezenta mai încolo alte câteva din presupunerile sale matematice.

Bion și-a conceput inițial grila ca pe un jurnal zilnic al experiențelor analitice cu pacienții. Abia mai târziu a descoperit în ea un „calculator” comod și la îndemână, capabil să izoleze factorii și elementele obiectelor psihanalitice și să le aranjeze în mod convenabil într-un sistem spațial biaxial, în așa fel încât să pună în evidență invarianții, legăturile constante și proprietățile generale ale obiectelor psihice. Posibilitatea de a delimita obiectele psihice cu o precizie matematică sporită facilitează conversațiile cu colegii precum și cu tine însuși. Grila poate fi concepută ca un conținător (Orânduire), alcătuit dintr-o serie de categorii pe care Bion le numește elemente ale psihanalizei. Ele sunt funcții ale personalității, formate din toți acești factori, și sunt fenomene observabile prin calitățile lor primare și secundare (în sens kantian), ce le dimensionează în domeniul sensibil, mitic și al pasiunii. Grila reprezintă traseul abstract parcurs de învățarea din experiență, pe măsură ce obiectele psihice se transformă din impresii sensibile în emoții și gânduri, printr-o serie de

transformări de la O (Adevăr), prin C (Cunoaștere), la O. În același fel poate fi privită și transformarea PS+ D. Prin aceasta, Bion dă de înțeles că Adevărul e o experiență prea copleșitoare pentru oricine, cu excepția misticului. De aceea, Adevărul trebuie mai întâi descompus prin clivaj și identificare proiectivă, pentru ca oricine să fie apărat împotriva lui până când reușește să-l tolereze, moment în care are loc o transformare în poziție depresivă.

Într-un paragraf anterior am menționat axele verticale și orizontale ale grilei lui Bion. Bioii a creat această grilă ca pe un instrument de eșafodaj care să-l ajute pe psihanalist să-și organizeze impresiile asupra unui *obiect psihanalitic*, cuvânt prin care e desemnat elementul ireductibil din experiența analitică a pacientului. Evoluția impresiilor sensibile ale pacientului, transformările lor prin funcția alfa în obiecte mentale utilizabile sau asimilabile, modificarea lor de către preconcepțiile înnăscute, amplificarea lor prin munca de vis sau „munca mitică”, vizualizările lor etc., sunt, toate, pași în progresia dezvoltării elementului sau obiectului psihanalitic (elementul invariant în toate aceste procese transtormaționale), ce accede în cele din urmă la statutul de concept și concepție. Bion numește aceste obiecte „asimilabile” - *ipoteze definitorii*, afirmații deschizătoare de drum, ca să spun așa, sau elemente de prim plan care urmează să fie puse la încercare de argumentele celei de-a doua coloane de pe axa orizontală (coloana psi), argumente ce încearcă să învinovățească, să

falsifice și să renege ipotezele definitorii. Coloana a doua oferă, prin urmare, o comparație de fundal și de încercare a ideii nou-născute. Abia după aceea ideea poate fi examinată în continuare. Bion era convins că analiștii pot recurge la această grilă sau la orice grilă similară, la alegere, pentru a obține o standardizare științifică a impresiilor lor asupra unui pacient, delimitându-și prin aceasta intuițiile și capacitatea personală pentru trăiri emoționale, în așa fel încât rezultatele pe care le obțin să devină pe deplin inteligibile și, în consecință, comunicabile către ceilalți.

Dezvoltarea spațiului de gândire și de visare

Totul se petrece ca și cum gândul peremptoriu ar apărea, ar fi transformat și apoi modificat dintr-un lucru-în-sine (absolut) într-un element al gândirii, care poate fi visat și, prin urmare, poate fi plasat într-o tabelă metaforică pe axa orizontală a minții, pentru a fi examinat din mai multe unghiuri sau *vârfuri*, înainte de a se lua o acțiune corectoare. Această uriașă desfășurare necesită spațiu. Spațiul se dezvoltă ca o moștenire a copilului mic de a avea înăuntrul său un „cuplu de gândire”, alcătuit din: a) șinele, care generează gândurile, și b) mama interioară, care poate modifica sau transforma aceste gânduri, altfel spus, o „mamă alfa”. Copilul mic și „emisiunile” lui reprezintă *conținutul*, iar mama receptoare reprezintă *conținătorul*. Împreună, ei alcătuiesc un *cuplu de gândire*, care, interiorizat de copilul mic, devine un model pentru gândire. Conceptul de conținător, în general, e conceput astăzi ca un sac de cauciuc flexibil ce se lărgeste sub impactul

fiecărei proiecții a copilului mic. Cred însă că Bion se gândea la conținător ca la ceva care avea nu numai un coeficient flexibil de elasticitate, ci era și un instrument de transformare interpretativă. Putem apela la analogia cu o prismă care ar refracta tipătul monocromatic al copilului mic într-un spectru cromatic diferențiat de înțelesuri, ce pot fi ulterior aranjate pe ierarhii de importanță, în vederea deliberării mentale și a acțiunii. Prin aceasta, funcția de conținător a mamei are nu numai rolul de a atenua impactul tipătului copilului mic, ci și pe acela de a traduce panica organică a copilului mic într-un semnal de anxietate, transformând-o efectiv într-un pericol real, într-o nevoie ce se cere satisfăcută. Atotputernicia este transformată în realitate prin funcția interpretativă a mamei (și/sau a analistului).

Pentru a realiza aceasta, copilul mic trebuie să fie capabil să tolereze îndeajuns frustrarea încât să-i concedă mamei un spațiu *propriu* – și să o simtă că ea face la fel. Acest spațiu devine spațiul consacrat al gândirii. Grila lui Bion pare a fi o elaborare sofisticată a teoriei freudiene a viselor, tratată în *Interpretarea viselor* (Freud, 1900). Bion susține, cred, că elementele beta originare care se impun organelor de simt sunt interiorizate, dacă li se permite, intrarea, ca elemente alfa, ce reprezintă echivalentul *resturilor diurne* din sistemul psihic subconștient. Aceste rămășițe diurne de elemente alfa sunt apoi acaparate de preconcepțiile înnăscute, ce caută mereu să se lege cu contrapărțile lor reale pentru

a putea ieși la suprafață și a se materializa. Până acum, ne aflăm pe linia trasată de Freud, dar există o modificare: Bion mută accentul de pe importanța manifestărilor pulsionale inconștiente asupra preconcepțiilor înnăscute (cunoaștere înnăscută). Freud afirmă că pulsunile, impregnate cu rămășițele lor diurne capturate, sunt în continuare respinse din conștiință de cenzură, târând astfel cu ele în refulare aceste rămășițe diurne pulsionalizate. De acum înainte, o barieră represivă se așază înaintea materialului din rămășițe diurne perturbatoare, pentru a asigura liniștea minții atât ziua (în timpul treziei), cât și noaptea (în timpul somnului).

Totodată, amalgamul pulsional (pulsione plus rămășița diurnă - trecută și prezentă) pare să se *condenseze* sau să se concentreze pentru a dobândi o intensitate suficientă încât să fie înregistrat pe ecranul diurn al percepției, în formă de vizualizare. Bion susține că aceste imagini vizuale devin mijlocul prin care mintea înmagazinează acrețiile mentale, până când acestea intră în legătură cu un scenariu mitic, care le poartă prin diferite modalități de expresie. Dintre toate ideile noi și interesante ale acestei scheme, cea care mă impresionează cel mai mult este concepția lui Bion despre pulsioni. Dacă am înțeles bine, Bion sugerează că sistemul de apărare al eului e îndreptat nu atât împotriva manifestărilor pulsionale, ci mai degrabă împotriva conștientizării semnificației și înțelesului lor ultim - adică a unei cuplări preconceptive cu realizarea lor. Pe scurt, apărările

apără mai degrabă împotriva emergenței semnificație - * înțeles decât împotriva pulsionilor *per se*.

Impresia mea este că Bion concepe conținutul refulatului primar - inconștientul propriu-zis - ca preconcepții înnăscute ce emerg ca „gânduri fără gânditoru. În timp ce Freud concepea refulatul primar ca o manifestare pulsională amestecată cu memoria rasei (precum complexul Oedip ereditar etc.), Bion pare să aibă o vedere mai largă asupra inconștientului, conform căreia acesta este rezervorul tuturor formelor înnăscute posibile, inclusiv al conștiinței potențiale. Vederea sa implică o vastitate cosmică interioară, asociată unui potențial de realizări virtual infinite.

Cezura și relația ei cu semnificația și înțelesul
Bion pare să fi crezut că fiecare copil mic se naște cu conștiința imediată a ceva asemănător cu poziția depresivă - adică, ceva aparținând unui psihic unificat și coerent ce constă dintr-o întrepătrundere bruscă și înspăimântătoare dintre elementele beta ale realității, ce acționează asupra conștiinței somato-senzoriale a realității externe, și, concomitent, asupra trezirii intuitive a preconcepțiilor ce urcă din lumea interioară a experienței filogenetice, și pot include conștiința tuturor semnificațiilor ultime ale oricărui sau tuturor evenimentelor. Bion a ajuns treptat la convingerea că nașterea psihică are loc chiar mai devreme decât cea biologică și că preconcepțiile înnăscute pot fi stimulate de sclipirile luminoase emanate, spre exemplu, de stimularea dezvoltării cavităților oculare în luna a treia a stării fetale.

Fiecare moment psihic, fiecare eveniment mental, fiecare gând, fiecare emoție reprezintă, prin urmare, o confluență a exteriorului cu interiorul, încă de la începutul vieții psihice. Memoria rasei, cuprinzând preconcepțiile, interacționează cu impactul somato-senzorial al senzațiilor, pentru a se contopi în *semnificație* și *înțeles*. Acest amalgam urcă la suprafață prin identificarea proiectivă și ajunge în *conținătorul* intern corespunzător sentimentelor, ce a fost odinioară folosit de mamă. Spre exemplu, experiența foamei poate mobiliza „memoria” filogenetică a condiției de pradă sau de prădător, într-o oarecare pădure primitivă ploioasă simbolică. Aceste preconcepții înnăscute pot fi programate - ca „programe” filogenetice - în noțiunea de pulsione a morții, ce are rolul de a controla moartea și pericolele, de a ne permite să fim anxios conștienți de pericol și de a ne mobiliza apărarea împotriva lui. Programată în așa-numita pulsione a vieții, ar putea fi conștiința tuturor ramificațiilor nevoii, dorinței și plăcerii, caz în care natura sexuală a complexului Oedip este o pre-concepție înnăscută, stimulată de însuși actul trebuinței.

Întrepătrunderea semnificației ultime este apărută inițial de bariera stimulilor pasivi și de reveria mamei, care trebuie să facă posibila amânarea acelor conștientizări ultime ce urmează să se întoarcă în conținătorul matern sub forma maturizării, a dezvoltării, a educației, iar, patologic, sub forma reîntoarcerii refumatului ca simptome. Această întrepătrundere inițială e o refulare primitivă și ea are loc prin clivajul unei

proiecții a acestor conștientizări ultime, în vederea amânării lor. Perioada de clivaj și de proiecție, ce are scopul de a asigura amânarea, e numită *poziție paranoid-schizoidă*. Întoarcerea părții clivate, proiectate, a conștiinței refulate, este numită *poziție depresivă*. Conștiința ultimă își dobândește adevărul în deplina lui semnificație și în deplinul lui înțeles odată cu tristețea maturității ontogenetice. Într-o altă lucrare, am numit disponibilitatea de a permite întoarcerea treptată, în penumbra tristeții, a semnificației adevărate, „dozaj al amărăciunii”.

Publicarea

Metapsihologia lui Freud era ancorată în rădăcini neurologice și analiza clasică continuă până în ziua de azi să acorde un loc de onoare ipotezei descărcării neuronale ca element central al motivației. Melanie Klein nu pare să-și fi dat seama că teoria ei asupra pulsionilor era radical diferită de cea a lui Freud. Teoria ei nu se mai baza pe descărcările neuronale, ci, mai degrabă, pe nevoia copilului mic de a intra în contact cu sânul; era o teorie a comunicării, nu una a descărcării. Teoriei comunicării relațiilor cu obiectele a lui Klein, Bion i-a adăugat teoria publicării. În termenii lui Bion, copilul mic comunică și încearcă, de asemenea, să intre în contact cu el însuși, încât să fie „cunoscut” sau „conștient de sine”, în sensul literal al termenului. Această „publicare” se conjugă cu comunicarea (cu obiecte), în scopul corelării pe calea feedback-ului. Bion a fost în permanență conștient că omul este o ființă inerent dependentă, care are o vedere

de 180 de grade, nu una de 360. O opinie secundă este prin urmare necesară condiției umane. Această opinie secundă este implicită în orice legătură umană și este subsumată „comunicării”. Astfel, simțurile individului, împreună (precum „bunul simț”) sau individual, depind de organele de simț ale obiectului cu opinia secundă, obiectul nevoii.

Publicarea care nu e însoțită de comunicare cu obiectele duce la grandomanie și izolare psihotică. Teoria publicării a premers încercările lui Kohut de a stabili o diferență între programul sinelui narcisic și cel al sinelui relațiilor cu obiectele, anticipând astfel teoria „oglindirii”. Poate că nu e deplasat a afirma că, prin concepția sa asupra minții ce se transcende veșnic pe sine, Bion a oferit psihanalizei o dimensiune transcendentă, ce trimite la Carlyle, Emerson și Nietzsche.

Sursele epistemologice ale lui Bion

Cred că ideile metapsihologice ale lui Bion își datorează în bună măsură originalitatea debitului fantastic al imaginației, pasiunilor, educației și antecedentelor sale de viață. Printre rândurile scrierilor sale, pot fi adesea întrezăriți Plafon, Kant, Wordsworth, Keats, Shakespeare, Dante, Aristotel și mulți alții. Comparațiile sale sunt de multe ori exotice - nebuloasa spirală Andromeda, Bhagavad Gîta, matematicile intuționiste, hieroglifile chineze, misticismul iudaic, arheologia, filosofia, Iliada, Eneida etc. (A studiat istoria la Oxford și a fost puternic influențat de discuțiile cu filosoful A.J. Paton.)

Aluziile sale nu sunt hazardate. Impresia mea este că Bion a aplicat fondul bogatei sale educații la corpul de cunoștințe ai psihanalizei, în scopul de a o alinia la corpul mai mare al cunoașterii în general, de a face, cum s-ar spune, o sinteză epistemologică. Un exemplu în acest sens e conceptul despre elementele C și legăturile acestora cu senzațiile, visele și miturile universale. Un alt exemplu este accentul pus pe preconcepțiile înnăscute, noțiune derivată, după cum am arătat, din teoria platoniciană a formelor. Alte exemple sunt descrierea „lucrului-în-sine” și a „gândurilor goale”, idei provenind de la Kant, sau a „conjuncțiilor constante”, împrumutate de la Hume. Folosirea de către Bion a ideilor lui Platon și Kant a dat psihanalizei o dimensiune nouă și mai bogată, în măsura în care el precizează lucruri la care Freud nu a putut decât să facă aluzie atunci când a descris „impulsul subeului”. Bion a înlocuit mintea neurofiziologică din concepția lui Freud cu o minte mai vitalistă, cu o disponibilitate infinită pentru imaginație – mult mai mare decât suma pulsionilor și a transformărilor lor, mai mare decât „subeu, eu și supraeu” lasă să se înțeleagă. Am impresia că acest „pragmatism englez” al lui Bion a fost un succesori potrivit pentru excesiv de germanicul romanticism scolastic al lui Freud.

Perspective schimbătoare și vârful

Ar trebui, poate, spus ceva despre Bion-artistul. A studiat arta timp de un an la universitatea din Poitiers, fiind dotat pentru pictură, pe care o practica în timpul liber. Nu m-aș mira dacă ochiul său de artist nu este într-o

anumită măsură responsabil pentru accentul pus de el pe perspectivele schimbătoare și vârfuri. Dacă luăm mai atent în considerare subtilitatea acestui accent, arhitectura lumii interioare dezvăluie o textură infinit mai bogată. Eu unul am ajuns să aplic conceptul de schimbare normală de perspectivă în felul următor: Când vorbim, spre exemplu, de un obiect intern bun sau rău, vorbim din punctul de vedere al unui „Eu”, care își asumă această distincție. Pe de altă parte, însă, punctul de vedere al „Eului” obiectului intern rău e probabil diferit. E posibil ca acesta să se considere pe sine bun, iar pe așa-zisul obiect intern „bun” ca fiind „rău”, să zicem. Toate cunoștințele și sentimentele emerg din judecățile inițiale făcute din mai multe vârfuri, și, prin urmare, aceste vârfuri diferite sunt implicit prezente în orice cunoaștere. Într-o altă lucrare, am dezvoltat această teză în teoria „traseului dublu”. Pe de altă parte, schimbările anormale de perspectivă („perspectivele reversibile”) sunt mult mai caracteristice pentru mințile psihotice.

Bion a ales termenii de perspective și apoi de vârfuri, mai degrabă decât cele de „puncte de vedere”, pentru a-și pune în aplicare concepția conform căreia simțurile înseși sunt prejudiciate de faptul că sunt dominate de memorie și dorință, care, după cum crede Bion, inhibă intuiția speculativă. Astfel, termenul „puncte de vedere” implică o prejudiciere senzorială a ochilor și nu este intuitiv suficient de exact. Termenul de vârf (și vârfuri) transmite mult mai eficient acea rigoare matematică pe care Bion s-a străduit atât

de mult să o inculce gândirii psihanalitice.

Matematicile lux Bion

Bion a adus o contribuție semnificativă psihanalizei, postulând că teoria psihanalitică contemporană corespunde încă geometriei euclidiene, în măsura în care se limitează la tridimensiohalitatea simțurilor. Geometria a cucerit domeniul suprasensibilului odată cu introducerea coordonatelor carteziene și dezvoltarea geometriei algebrice. Echivalentul psihanalitic al acestora ar fi dezvoltarea intuiției – această aptitudine suprasensibilă de a avea experiențe în domenii dincolo de sfera cunoașterii concrete. Ființa umană nu a ajuns încă să-și accepte condiția de „receptor” suficient al incredibilului „emițător” reprezentat de ea însăși și de toate celelalte ființe umane. Vederile lui Bion în această direcție sunt legate de concepția sa asupra spațiului psihic văzut ca o relație continuă și variată între conținut și conținător – atât infrasensibil cât și ultrasensibil – relație ce poate să existe în dimensiuni mai mari decât cele trei dimensiuni euclidiene.

Bion s-a cufundat un timp îndelungat în studiul teoremelor matematice, pentru a căuta paradigme nesaturate și mai riguroase pe care să le aplice experienței psihanalitice. În această privință, el îl amintește adesea pe Poincaré, a cărui teorie a grupurilor pare să fie în strânsă analogie cu transformările PS-*D. De la Poincaré, Bion s-a ridicat în atmosfera și mai rarefiată a matematicilor intuiționiste ale Școlii olandeze, ce se ocupă, după cum le arată numele, de

matematicile intuiției – și invers. Aceste incursiuni matematice au fost provocate de insatisfacția trezită de conștiința tot mai acută că cea mai mare parte a teoriilor și cunoștințelor psihanalitice au apărut din „banda sensibilă”, că ele sunt, adică, niște produse ale simțurilor și prin aceasta sunt predispuse la alterările prejudiciante ale dorinței, care nu e decât viitorul simțurilor, așa cum memoria este trecutul lor. Bion pornise de fapt în căutarea aventuroasă a exactității, a rigorii și a disponibilității nesaturate pentru evoluția intuitivă.

Religie, misticism și transcendentalism

Pasul final făcut de Bion a fost transcenderea răcelii paradigmei matematice și apropierea de religie. Odată, el mi-a spus: „Din nefericire, Freud a subestimat locul pe care-l ocupă pasiunea religioasă în natura umană”. Adoptând vârful religios, Bion înlocuiește o cu „Dumnezeu” și sugerează că marile idei (formele pure ale gândirii, Dumnezeu) au existat înainte să existe oameni care să le conceapă. Misticii, gânditorii sau profeții, care au puterea de a-l realiza dintr-odată pe Dumnezeu, sunt receptorii acestui Adevăr pe care trebuie să-l traducă într-un limbaj sensibil, comunicabil către toți negânditorii orânduirii, încât aceștia să poată trăi, făptui și înflori în penumbra acestui Adevăr. Conținătorul orânduitor (religia sau contrapartea ei) trebuie să poată conține acest Adevăr fără o schimbare catastrofică. Conținătorul orânduitor trebuie să fie atât conservator, în termenii noului Adevăr, în măsura în care acesta trebuie păstrat, cât și să

permite emergența schimbării pe care o vestește noul Adevăr, caz în care, Adevărul, sau Mesia care îl propagă, este un evanghelist – evanghelist al unei religii noi, dacă orânduirea veche nu se mai poate adapta la ea. Astfel că schimbarea catastrofică constă în prejudicierea orânduirii vechiului Adevăr, pe care o cauzează Adevărul nou, dacă vechiul Adevăr nu se mai poate adapta la el.

Bion a revenit apoi asupra primei sale lucrări majore, *Experiențe în grup*, supunând-o unei noi analize, de astă dată din vârful religios. Vă reamintiți că grupul de lucru era subminat de trei tipuri de grupuri rezistente: a) grup de cuplare, b) grup de dependență, și; c) grup de atac-fugă. Într-un pasaj sibilinic din lucrarea originală, Bion sugera că geniul (pe care mai târziu îl va numi mistic sau Mesia) era, ca o consecință naturală, un produs al grupului bazat pe presupuziția de bază a cuplării. Am interpretat această afirmație în sensul că funcționarea adecvată a grupului de lucru (maturizarea adecvată etc.) a devenit insuficientă și, în virtutea unei prescurtări a scenariului, grupul nu mai reușește să-și ducă la bun sfârșit programul, astfel încât membrii lui ajung să proiecteze asupra noii generații povara suplimentară de a fi mântuitorul ei. Din vârful religios, Bion a putut urmări succesiunea secvențială a grupurilor cu presupuziții de bază, astfel că grupul de cuplare produce un conducător mesianic față de care membrii depind, grupul devenind unul dependent. Acest grup dependent devine acum, datorită invidiei, un grup de atac-

fugă în raport cu conducătorul mesianic, și, după moartea lui Mesia, grupul trebuie să se schimbe din nou într-un grup de cuplare, care să se pregătească pentru un nou Mesia⁴.

Teoria realității a lui Bion

Teoria lui Bion asupra „realității” constituie un răspuns șocant dat tuturor aceluia care au criticat-o pe Melanie Klein pentru că nu ar recunoaște rolul realității externe. Tehnica lui psihanalitică pune mereu accentul pe întrebările „De ce se întâmplă acum așa ceva?” sau „De ce îmi spunei asta în acest moment?”. Prin aceasta, Bion scoate în evidență „Lucrul-însine”, acest element ireductibil al realității (externe sau interne), care bate la poarta simțurilor sau a intuiției, cerând să fie recunoscut. În axele orizontală și verticală ale grilei, el este reprezentat în mod proeminent ca impuls senzorial, rezultat din transformarea unui element beta într-un element alfa, prin funcția alfa, funcționare reușită care oferă Adevărul ca pe un aliment necesar digerării mentale și permițând ulterior ecranului alfa să fie în așa fel depozitat și conformat, încât să poată participa la distingerea somnului de trezie și a „asimilării” de „acțiune”.

Cer iertare pentru micul ocol pe care am să-l fac pentru a intra mai adânc în teoria lui Bion asupra realității. Antropologul Claude Lévi-Strauss ne-a învățat că înțelesul cel mai adânc al enigmei Sfinxului și al complexului Oedip este, poate, noțiunea de teorie a nașterii. El afirmă că în culturile primitive există două teorii asupra nașterii, precum și două structuri ale minții

primitive: autohtonă și genitală. Prin autohton, L6 vi-Strauss înțelegea născut prin sine însuși, autogenerat etc., în timp ce teoria genitală presupune necesitatea de a fi conceput prin relații sexuale între părinți. În paranteză, aş adăuga că în ontogeneza fantasmelor copilului mic asupra creației, ideile de partogeneză feminină și masculină (Hristos din Maria și Pallas Athena din Zeus) apar înainte de teoria dublu-genitală. În fantezmele asupra nașterii și renașterii din bolile psihotice, pot fi întâlnite adesea referințe la teoria autohtonă, stând la baza unor fantezme native și mai sofisticate, cum se întâmplă în cazul Schreber.

Freud este acela care a împins teoria genitală în avanscena teoriei psihanalitice și tot el este cel care a împărțit aparatul mental în sine, eu și supraeu și a conferit o atotputernicie autohtonă pulsionilor subeului. Teoria lui Bion, pe de altă parte, este complet diferită de cea a lui Freud. Bion susține că toate elementele inconștientului care ies la suprafață, fie ele lucruri-în-sine, „gânduri mesianice”, pulsioni, lăcomie, invidie, de fapt întreaga panoplie a poziției paranoid-schizoide, sunt întotdeauna stimulate să devină conștiente de către un element declanșator din realitate, care acționează ca un împerechetor „genital” în producerea acestei conștientizări. Refulatul nu se întoarce spontan, la întâmplare. Această adâncă revizuire a teoriei clasice aşază realitatea într-un cadru metafizic remarcabil.

Teoria realității a lui Bion e cel mai convingătoare în domeniul relațiilor cu obiectul. Freudienii clasici acceptă, în general, că relațiile

copilului mic cu sânul sunt relații cu un obiect-parte, înțelegând prin aceasta că funcția sânelui este unicul lucru cunoscut de copilul mic. De cealaltă parte, Bion susține că sânul este un organ de legătură sau de comunicare între copilul mic și mamă și, prin urmare, nu este atât un obiect-parte cât un organ de relație – ca penisul. Cu alte cuvinte, relațiile cu obiectul, deși sunt primitive și slab diferențiate, par să existe de la bun început. Bion a mai clarificat un punct de maximă importanță – subliniat odinioară de Fairbairn –, acela că sugarul nu are nevoie atât de sân, cât de laptele (experiența) sânelui (de conținutul din conținător, nu de conținător). Ideea aceasta inaugurează un cu totul alt tip de conceptualizare psihanalitică și tehnică de tratare a nevroticilor și a psihoticilor decât cele clasice. Concepția lui Bion asupra conținutului și conținătorului este un exemplu.

Evoluția O*O

Ajunși în acest punct, aș vrea să mă refer pe scurt la teoria lui Bion asupra gândurilor și a gândirii, asupra adevărului și falsității, a memoriei și dorinței. Pentru a prezenta această temă, am să încep prin a delimita contribuția lui Bion la teoria gândirii și a minciunii printr-o parabolă: La început a fost Adevărul. În cumplita Lui singurătate, s-a întâmplat ca El să-și transmită esența în acea piesă de rezistență existențială numită ființa umană, și ca, în vârtejul acestei perturbări, El să fie descoperit din nou de către ființa umană, în eco-ul valului frontal al aventuroasei Sale explorări. Acest vârtej se

numește experiență. Ecoul este transformarea Adevărului, așa cum El este trăit de cel care îl vede. Culmea concepției lui Bion este experiența – adică originea experienței și originea capacității noastre de a avea experiențe. El ne îndeamnă să ne îndreptăm atenția asupra destinului experienței.

Adevărul își cunoaște propria-i experiență și nu are nevoie de un gânditor care să-L gândească. Ființa umană, care reprezintă piesa de rezistență existențială la care m-am referit, a fost predestinată, după Bion, să fie persecutată de presiunea inexorabilă a gândurilor fără gânditor, care cer ca mintea să le dea un auditoriu care să le gândească – în special atunci când sunt stimulate de valul frontal al ecoului Adevărului care confruntă organele de simț, cerând să i se dea atenție – cu alte cuvinte, experiența să fie trăită. Făcând presiuni din afară asupra nefericitei ființe umane, Adevărul produce o perturbație interioară, ce pare să fie la înălțime pe când aude vocea partenerului Său pierdut, celălalt Adevăr (ca Androgenul lui Platon), cel de afară. Adevărul interior și cel exterior sunt sortite să se împreuneze și amândouă sunt gânduri fără gânditor, deoarece Adevărul nu are nevoie să fie gândit.

Cred că Bion vorbește despre experiența confruntării noastre cu lucrul-în-sine. Acest lucru-în-sine e asociat cu Adevărul, cu Dumnezeu, cu cunoașterea eternă și e situat atât înăuntrul cât și în afara noastră. Noi avem, de asemenea, emoții, sentimente și senzații, care ne colorează trăirea

experienței. Noțiunea lui Freud de inconștient primar viza în principal manifestările pulsionale – ceea ce Bion numește dorință –, dar ea făcea aluzie în mod nedeslușit și la altceva – experiența primordială a rasei – ceea ce Bion denumește preconcepții înnăscute (după Platon) sau lucruri-în-sine (după Kant), pe lângă dorință. Minte a trebuit să treacă prin nenumărate evoluții până să poată controla acest trafic numenologic, adică Adevărul ce emerge la auzirea parolei ce îl cheamă venind din afară. Odată formată, mintea nu mai renunță la câștigul ei evolutiv, învățând că poate să opteze. Dacă gândirea ar fi oferit gândurilor fără gânditor audiența cerută – dacă ne-am fi permis să avem această experiență –, atunci gândirea *per* să nu ar mai fi trebuit să existe. În loc să facem aceasta, noi am realizat o autotranscendere, pe care Bion o numește o evoluție către O. Cu alte cuvinte, inconștientul conține preconcepțiile înnăscute, formele platoniciene, lucrurile-în-sine kantiene. Dorințele, adică imboldurile pulsionale, sunt adjectivele experiențelor interioare și exterioare, pe care încearcă să le modifice. Ele nu sunt deci substantive originare.

Opțiunile care stau prin Urmare la dispoziția ființei umane sunt: a) trăirea experiențelor (transformarea în O); b) transformarea lui e în C, adică în informații asupra lui O, cu scopul de a cunoaște mai multe despre Adevăr, pentru a putea pregăti o nouă întâlnire viitoare cu O, acest ocol prin Cunoaștere (C) necesitând o falsificare a lui O, deoarece Cunoașterea nu poate cuprinde

Adevărul, și; c) renegarea Adevărului și transformarea lui într-o minciună, care ajunge să absoarbă întreaga energie a gândirii pentru a putea menține Adevărul acestei minciuni. Minciuna are nevoie de un gânditor, după cum ne previne Bion. Adevărul - nu. Întreg procesul gândirii începe cu un fals relativ, deoarece el aproximează Adevărul și, datorită motivației (dorinței), poate deveni minciună. În același timp, însă, minciuna elaborată nu e decât negarea Adevărului negândit și negândibil, care e acum prizonier al unui conținător trădător, minciuna. Cu alte cuvinte, gândirea este o falsificare involuntară, deoarece e motivată de către dorință, în timp ce refularea e minciună intenționată, iar conținutul refulatului e desemnat ca o minciună care conține în mod real Adevărul. Totuși, se poate vedea, din acest vârf, că eul însuși este un falsificator în chiar actul de a gândi, din cauza motivației sau dorinței implicite în el. Iată că, în tot acest timp, noi, psihanalistii - în special acei „mincinoși” cunoscuți sub numele de „psihologi ai eului” - am idealizat eul falsificator și am demonizat subeul și supraeul. Mai mult, „înțelegerea” s-ar putea să fie una din cele mai sofisticate căi de evitare a Adevărului, ce te lasă să crezi, în același timp, că ai ajuns la el. Principiul de incertitudine al lui Heisenberg susține, într-adevăr, că noi alterăm sau falsificăm Adevărul prin însăși observația - cunoașterea senzorială - noastră.

Bion a ajuns la o concepție asupra funcționării psihice în care se presupune că

gândirea adevărată este organizată de funcția alfa și apoi publicată organului de simț al conștiinței.

Procesul secundar, în mod ironic, este începutul propriei lui falsificări. Procesul secundar este sub puterea voinței, aceasta fiind controlată de dorință. Eul „înțelegător” al emisferei stângi, fiind atașat voinței, conține într-adevăr imbolduri pulsionale sub forma voinței sau a dorinței, dar a demonizat inconștientul, gânditorul pur, din cauza spaimei față de înțelesul și semnificația acestuia. Mecanismele de apărare sunt volitivepulsionale-inspirate de dorință și ele apără nu atât împotriva imboldurilor pulsionale, cât a înțelesului și a semnificației, pe care încearcă să le modifice. Pulsionea morții nu e atât o pulsione per se cât o capacitate defensivă ce răspunde apariției unei preconcepții a unui Adevăr din trecut – apocalips, haos etc. – pe care experiența curentă l-a evocat în conștiință. Ea este palimpsestul agonici speciilor, iar rolul ei defensiv e chemat să dea răspuns unui apel primitiv disperat.

Dintr-un alt vârf, am putea, probabil, postula că transcendența care ia naștere prin trăirea experienței – ca transformare în O – constituie o cunoaștere de sine; atunci când însă Adevărul a fost exilat sau i se interzice intrarea, sau a fost aruncat într-o mocirlă infamă, el ajunge să reprezinte o minciună pentru numitorul ei și un Adevăr pentru posesorul ei, în timp ce paznici ai gândirii (serafimi) stau de pază ca să-i reamintească că este totuși o minciună și nu un Adevăr – mecanisme de apărare. În alți termeni, apare ca un conflict uman, rezistențe, apărări

împotriva inconștientului, isterie umană etc.

Psihanaliza este acea stranie reprezentare a Adevărului – O – care face posibilă o astfel de explorare a minții în care minciunosul i se oferă o opinie secundă asupra minciunii sale, cu speranța finală că minciuna se va dizolva și Adevărul ascuns în ea va ieși la suprafață. Asociațiile libere, visul etc. Sunt mostre aleatoare ale Adevărului interior pur și ale gândirii pure – gânduri fără gânditor de dinainte ca falsificarea să înceapă. Psihanaliza acționează ca o hologramă cât timp produce o imagine vie tridimensională a subiectului. Ea revelează ființa umană care este asemănătoare tuturor celorlalte ființe umane, și, în același timp, un individ unic extraordinar. A fi uman se desfășoară simultan pe aceste două căi. Întotdeauna suntem mai mari sau mai mici decât ne închipuim. „Descoperirea” făcută de un analist poate avea, după Bion, o importanță „particulară”, dar nu și una „generală”. Aceasta implică, în schimb, din partea analistului, puterea de a tolera (respecta) propriile sale descoperiri, fără a crede că ele au o semnificație sau un interes general. Cu alte cuvinte, după Bion, analistul trebuie să vorbească și să asculte Limbajul realizării, bazat pe capacitatea negativă, pe capacitatea de a suporta sau tolera frustrarea produsă de îndoială, de confuzie, de ignoranță etc., până când conturul produs de evenimentul decisiv emerge. Evoluția de la poziția paranoid-schizoidă la poziția depresivă reprezintă, după Bion, sintaxa transformațională generativă a transcendenței analitice, atât pentru pacient cât și pentru analist.

E transformarea de la răbdare la securitate.

Memoria este o biografie a pasiunilor sau a dorințelor trecute și prin aceasta ea tinde să fie falsificată – la fel cum dorința eclipsează viitorul. Deși psihanaliza hăituieste fără încetare memoria și dorește o cură, aceste pasiuni trecute sau viitoare distorsionează Adevărul, saturând sau falși fi când momentul gol în care s-ar putea produce o evoluție spre O – moment fără preconcepții, fără pasiuni, fără dorință sau memorie. Astfel, experiența (gânduri fără gânditor) poate fi trăită și permite transformarea de sine. Memoria este cel mai bine exprimată în transcendența noastră de sine. Creșterea de la ceea ce am fost la ceea ce suntem spre ceea ce vom fi presupune memoria cea mai adevărată, și anume, trăirea experienței. Tehnica psihanalitică trebuie să evite memoria și dorința pentru a face posibilă transcendența experienței. Înțelegerea este un mit, un fals – pe cale de a deveni o minciună – care subminează experiența transcendențială. Tehnica psihanalitică seamănă cu lustruitul pantofilor: cantitatea de cremă îndepărtată în procesul lustruirii este mai importantă decât cantitatea de cremă folosită. Memoria – și cunoașterea – trebuie să fie uitate – înghițite, ca să spun așa –, ca ele să permită transformarea sinelui-conținător, care are nevoie să fie alterat în tăcere de către ele. A te crampona de experiență sau memorie înseamnă a le „mesteca” și, în felul acesta, a împiedica experiența. Tot ceea ce am spus până acum ar putea fi rezumat printr-un citat din *Eclesiast* (11:

1): „Aruncă-ți pâinea pe ape, și, după multă vreme, o vei găsi iarăși!”

Toate acestea nu au fost decât un rezumat al tabelului sinoptic al ideilor filosofice ale lui Bion asupra gândirii.

Se vede clar acum că Bion e convins că a învăța sau a evolua înseamnă într-adevăr a trăi experiența. Capacitatea noastră umană de a tolera împerecherea dintre cele două jumătăți pierdute ale Androginului Adevărului reprezintă o transcendere de sine – fără memorie – deoarece memoria experienței acestei întâlniri devine una cu noi. A te crampona de memoria ei – a o cunoaște – înseamnă a împiedica experiența ei. Identificarea este ultima formă de cunoaștere a obiectului și de renegare a experienței lui. Intuiția este un proces mental mai elevat decât gândirea. Gândirea este uzul ad hoc la care noi punem recolta intuiției. Știința adevărată este asociație liberă și visare – produse ale funcției alfa nu gândire, cum o înțelegem de obicei, deoarece asociațiile libere nu au memorie și dorință. Știința, așa cum o știm noi, este handicapată, deoarece necesită evidența simțurilor.

Și care este produsul acestei trăiri a experienței care permite ca jumătatea înăscută a androginului din noi să se întâlnească cu contrapartea lui externă – realizarea experienței? Cred că Bion sugerează că, atunci când ne dăm voie să avem experiența experienței, ne transcendent pe noi în virtutea intrării în contact cu o latură a noastră care are nevoie să fie „cunoscută” de noi. Mă refer la imboldurile și

tânjelile preconcepțiilor arhetipale, care, precum „copiii nenăscuți” ai lui Wordsworth sau „captivii” lui Michelangelo, luptă și se roagă pentru venirea experiențelor care să le elibereze din marmura lor imemorială **r** pentru a se naște. Este ca și cum toate creațiile noastre nu ar fi decât niște redescoperiri eliberate de experiență. Vederea transcendentală a lui Bion implică, deci, cred, ideea că noi pășim în umbra mărețului nostru potențial, transcendental, cosmic, dar suntem condamnați să îl întrezărim doar fugar, prin izbucniri epifanice, pe măsură ce ne maturizăm.

Aș vrea să juxtapun acum conceptul lui Bion, de gândire fără gânditor, acela de conținător și conținut. Dacă privim relația dintre minte și gândurile ei ca o expresie paradigmatică a relației dintre conținător și conținut, atunci, după Bion, putem observa trei tipuri distincte, separate, de relații între conținător și conținut: a) relația comensuală, în care gândirea o și gânditorul există independent unul de altul și, mai mult, gânditorul nu a descoperit deocamdată Adevărul sau ideea „mesianică” a gândirii O. În acest caz, conținătorul nu este încă tulburat de gândurile sale, deoarece acestea nu i-au atras încă atenția; **b**) relația simbiotică, prin care se înțelege că gândirea și gânditorul (conținătorul) s-au întâlnit și, în consecință, s-au transformat reciproc. Această relație ar putea fi numită „dublufenomen Heisenberg”, în care conținătorul modifică conținutul, iar conținutul modifică conținătorul, adică gândurile modifică mintea, iar mintea modifică gândurile. În acest caz, gândirea e

capabilă să se propage, iar gânditorul să evolueze;
c) relația parazitară, în care gândirea și gânditorul (conținutul și conținătorul) reușesc să se întâlnească, și formează o alianță pe coloana a doua a grilei lui Bion, coloana negativă, unde înțelesul formulării ce emerge din unirea gândirii cu gânditorul apare drept fals (în termeni clasici, mecanismele de apărare ale eului), și este ridicat împotriva „ideii mesianice” care, dacă ar fi trăită, fie ar amenința conținătorul, fie conținătorul ar amenința conținutul. Cu alte cuvinte, situația catastrofică se instaurează atunci când o „idee mesianică” sau un gând eliberator se prezintă conținătorului și are loc o trecere de la un comensualism tolerant la o simbioză insuficientă și de aici la o situație parazitară aproape catastrofică.

Bion în perspectivă

Reflectând cele mai mari tradiții epistemologice ale gândirii orientale și occidentale, penumbra metapsihologiei lui Bion oferă psihanalizei un model mai amplu și mai bine dimensionat, ce înglobează și chiar depășește modelul neurologic obișnuit, rigid, al infrastructurii psihanalizei clasice. În scopul unirii concepției de descărcare a imboldurilor subeului, cu concepția de capacitate intuitivă înăscută a omului și cu dorința sa de cunoaștere, dictatele doctrinare rigide ale gândirii cuantificate ale emisferei stângi trebuie să facă concesii contrapărții lor, capacitatea intuitivă, globală, spațială a emisferei cerebrale drepte, în a da semnificație și înțeles informațiilor. După părerea

mea, Freud a fost un om de știință ținând de emisfera cerebrală stângă, a cărei capacitate intuitivă a reușit într-adevăr să deschidă calea spre bogatul tărâm al celeilalte emisfere, el însă, la fel ca Moise, s-a oprit cu puțin înainte de a atinge Pământul Făgăduinței, din cauza saturării lui cu știința „cuantificată”. Filosofia, epistemologia și „bi-logica” (pentru a folosi un termen al lui Matte-Blanco) ne sunt de cel mai mare folos numai atunci când ne ajută să punem în libertate capacitatea intuitivă a emisferei cerebrale drepte. Aici își relevă pe deplin importanța conceptul lui Bion de funcție alfa, precum și cel de „conținător” orientat spațial al sentimentelor și gândurilor. Concepțiile lui Bion ne permit să ne întrebuițăm mai plenar capacitatea intuitivă, holistică, eliberându-ne de concretizările și restricțiile doctrinei, de natură, în ultimă instanță, fiziologică, a lui Freud.

A fost Bion un kleinian?

Pe când mă afluam sub îndrumarea lui Bion, înainte de a începe analiza propriu-zisă, i-am pus odată o asemenea întrebare. Răspunsul lui a fost: „Pentru Dumnezeu, nu! Nu sunt mai kleinian decât era Melanie Klein. Ea a crezut întotdeauna că e freudiană, dar Anna (Freud) a avut grijă ca ea să fie etichetată «kleiniană*». În spatele acestei anecdote despre o Melanie Klein care nu ar fi kleiniană se ascunde, cred, profunda repulsie a lui Bion față de confuzia persoanelor și a teoriilor. „Odată kleinian, sau freudian, asta nu mai e deloc psihanaliză”, cred că ar fi fost replica lui. A fost analizat atât de John Rickman, un analist clasic,

cât și de Melanie Klein. Cred că a

„Digerat” moștenirile amândurora, devenind pur și simplu psihanalist. Atunci când sugerează renunțarea la memorie și dorință, cred că Bion se gândește la desaturarea ideilor de dogmă, astfel încât conținătorul analitic să se deschidă spre noi posibilități, în loc să se satureze cu Klein sau Freud sau Jung sau alții asemănători. Obiectul psihanalitic trebuie descoperit și redescoperit din diferite vârfuri. Și, totuși, nu ar fi corect a spune că Bion nu este kleinian, dacă ne oprim asupra acestui termen. El a învățat să cânte la instrumentul fantasmiei pe portativul clivajului, al identificării proiective, al apărărilor maniacale etc., astfel că aceste note emerg într-o formă unică de artă, cu minunate arpegii, de care Klein ar fi fost mândră.

Așa că, tehnic vorbind, Bion a fost totuși kleinian. Virtuozitatea sa extraordinară creează niște cadențe atât de bogate ale teoriei și practicii, încât mulți dintre comentatorii săi par să piardă din vedere cealaltă latură a lui Bion, cea a disciplinei. Imaginația sa este ca o „fugă pe clarinet”: o poate lua pe căi exuberante și ditirambice, dar se întoarce întotdeauna la cheie. Această cheie e – Klein și Freud! Credința sa era că baza cea mai adecvată pentru psihanaliză o reprezintă extinderea kleiniană a teoriei lui Freud – fenomenele pozițiilor paranoidschizoidă și depresivă, adăugate complexului Oedip.

O lectură aprofundată a lucrărilor lui Bion dezvăluie faptul că metapsihologia sa folosește, drept cărămizi de construcție ireductibile,

concepțiile Melaniei Klein, precum *pulsiunea vieții* și *pulsiunea morții*, fenomenele de *lăcomie* și *invidie*, teoria *clivajului* și a *identificării proiective*, universalitatea *pozițiilor paranoid-schizoidă* și *depresivă* (precum și relațiile dintre acestea și *apărările schizoide* și *maniacale corespunzătoare*), teoria *obiectelor interne*, teoria „golului” ce apare în separările dintre sine și obiect, gol pe care copilul mic are sarcina de a-l proteja împotriva atacurilor distructive dinăuntru, credința ei în incoativitatea *atotputerniciei infantile*, atribuirea unui început mult mai timpuriu al *complexului lui Oedip* decât cel indicat de Freud. De asemenea, Bion a împrumutat ideile lui Freud din lucrarea *Formulări asupra a două principii ale activității psihice*, precum și principiul *asociației libere*. Pornind de la aceste surse, Bion a formulat, după părerea mea, cea mai avansată teorie a gândirii din psihanaliza contemporană.

Orientarea kleiniană a lui Bion este deci foarte accentuată. El a „kleinizat” teoria psihanalitică clasică și, prin aceasta, a stabilit în mod ferm importanța descoperirilor lui Klein în acest domeniu. Prin elaborarea descoperirilor lui Klein, Bion a ridicat psihanaliza la rangul de teorie structuralistă. Postulând conceptele de conținut și conținător, el pare să fi pătruns odată pentru totdeauna structura care subîntinde sau conține în mod implicit conținuturile mentale analizate de el. Asociațiile mentale pot fi văzute ca funcții (în sens matematic) ale sistemului sau structurilor pe care le cuprind. Teoria sa despre preconcepțiile

înnăscute e doar un exemplu. El afirmă în această privință că preconcepțiile înnăscute acționează ca niște conținători „cunoscători”, sau ca niște predicții pentru competiția a cărei existență, în mod ipotetic, o presupun. Aceste preconcepții pot fi privite ca niște inferențe structurale care guvernează conținutul analitic al unei ședințe. Noțiunea grilei depinde în mod fundamental de această concepție. Mai mult, invocând cercetările matematice ale lui Poincaré, Bion se ancora și mai ferm în structuralism, în virtutea asumției lui Poincaré că o structură preexistentă se manifestă în mod vizibil pe măsură ce organismul evoluează.

Totuși, pentru a fi drepti cu Bion, trebuie spus că el a fost mai mult decât un „kleinian”. Metapsihologia lui Bion transcende descoperirile lui Klein și ridică analiza kleiniană – precum și pe cea clasică – în sfere mai înalte de realizare și teoretizare. Insistența cu care recomanda abandonarea memoriei și dorinței și încrederea pe care o acorda în schimb imaginației și intuiției au adus aproape de împlinire visul lui Freud de a descoperi o logică separată pentru lumea interioară, vis pe care Freud l-a abandonat atunci când s-a reorientat către eu și s-a îndepărtat de pulsuni. Bion a depășit-o cu mult pe Klein, eliberând psihanaliza de plăcerile și neplăcerile inerente vieții pulsionale; el a adus, în schimb, un ajutor important psihanalizei în regăsirea adevăratei sale moșteniri – gândurile pure și sentimentele pure, precum și lucrurile-în-sine ce corespund acestora.

Paradoxal, unele din inovațiile metapsihologie

ale lui Bion nu au fost agreate nici măcar de Melanie Klein. Bion afirma că doamna Klein, în ciuda detractorilor ei, era bine ancorată în opera lui Freud și a lui Abraham și avea dificultăți în înțelegerea noțiunii lui Bion de preconcepții înăscute. Paradoxul constă în aceea că această noțiune a lui Bion era chiar paradigma de care ar fi avut nevoie concepția lui Klein despre viața psihică timpurie, pentru a deveni credibilă. Cei mai mulți dintre criticii lui Klein au atacat-o îndeosebi pe tema calendarului evenimentelor psihice infantile, dar acești detractori folosesc o paradigmă empirică, în care este negată „înțelepciunea înăscută”. Astfel încât probabil nu este greșit a spune că Bion a fost nu numai un meta-freudian, ci și un metakleinian.

În opera lui Bion își găsește oglindirea și o altă orientare psihanalitică, ce ar fi bucurat inimile urmașilor lui Fairbairn, Winnicott, Balint și Kohut. Spre deosebire de mulți așa-ziși kleinieni și freudieni, Bion a subliniat importanța sinelui, a nevoii sinelui de a avea o relație empatică cu sine însuși, pentru sine însuși, crezând că trebuie să existe un obiect a cărui conținereempatică a sinelui e de importanță vitală pentru bunăstarea copilului mic. Bion a fost prin urmare primul kleinian care a acordat independență metapsihologică, importanță în sine, realității externe non-empatice (neconținătoare). Nu am să uit niciodată interpretarea pe care mi-a dat-o odată, în cursul analizei mele, începând cam așa: „Dvs. Sunteți cea mai importantă persoană pe care o veți întâlni vreodată; de aceea, e de mare

importanță ca să vă aveți bine cu această persoană importantă”. Privind înapoi la anii de analiză cu el, îmi reamintesc că multe dintre interpretările sale erau centrate pe această premisă.

A fost Bion un mistic?

Dacă misticul este acela care este cel mai apropiat de O, care transmite din o către C, ca dintr-un punct privilegiat unic, atunci Bion este într-adevăr unul dintre puținii mistici ai timpurilor noastre și ai tuturor timpurilor. Dar dacă misticul trebuie identificat cu misterul, ca o condiție a prezervării „mistici i „sale, atunci cu siguranță Bion nu face parte din această categorie. Respectul față de mister stă în adevărul pe care acesta ni-l oferă – ca o compensație ultimă pentru decizia noastră de a „merge înainte” cu viața și de a-i îndura nenorocirile insuportabile. Epistemofilia este sortită să ne dea satisfacție numai dacă urmărim adevărul prin pădurea întunecată și înspăimântătoare a cunoașterii (Pădurea Greșelii, cum o numește Blake). Sunt puține șanse ca adevărul să poată fi cu adevărat atins – căci dacă am face-o, în afară de a deveni nebuni, după cum ne previne Bion prin Oedip sau prin legenda turnului Babel etc., ar trebui să abjurăm și bucuria realizării, a devenirii. Necazul este că descoperirile analitice de sine produc în mod progresiv mistere tot mai mari, care întrec descoperirile.

După cum am sugerat când i-am discutat lucrarea *Despre aroganță*, Bion pare să fi fost îndeajuns de curajos pentru a fi devenit capabil să

vadă și să continue să vadă. Pentru el, adevărul era la fel de necesar minții ca și mâncarea corpului. El a formulat semnificația ultimă a complexului nostru Oedip: aroganța constă nu în a cunoaște – ci în a fi prost!

Bion – îndrumătorul

Cum era Bion ca îndrumător? El pare a fi crezut că, în general, îndrumarea nu este posibilă. Pe de o parte, el credea că terapeutul pacientului, oricât ar fi de tânăr și neexperimentat, știe mai multe despre pacient, din cauza contactului direct pe care îl are cu pacientul; pe de altă parte, el credea – element central al înțelegerii sale psihanalitice – că experiența în sine este ireproductibilă. Credința în ireproductibilitatea experienței transpare și în propriile lui interpretări date pacienților – Bion nu se repeta niciodată, pentru că nici momentul însuși nu se repetă. Astfel, când cineva îi consulta pe Bion în privința unui caz, el nu oferea decât o „opinie secundă” despre opinia primară a analistului asupra pacientului. Mai mult, „experiența” între analist și pacient, ca și experiența dintre analist și „îndrumător”, suferă o transformare diferită în fiecare participant. Această transformare poate ajunge până la a scăpa și a pierde momentul și conținutul său și la a-l recrea în esența lui, ca „prezență în absență” a experienței din momentul care tocmai a trecut. Recrearea și restaurarea – dar nu reduplicarea – este esența gândirii. Bion a urmat cu hotărâre acest principiu pe fiecare din căile cercetării sale.

Bion – analistul

Bion, analistul, este indescriptibil. În măsura în care analiza este o experiență unică și privată, a încerca să o înregistrezi este o întreprindere prea marcată de subiectivitate și prea dificil de realizat. Totuși, mulți dintre aceia care au fost analizați de Bion sunt de acord că el era unul dintre cele mai extraordinare și impresionante instrumente psihanalitice din toate timpurile. Simțul său de autodisciplină era uriaș și totuși izvorul nesecat al interpretărilor sale era adeseori copleșitor prin bogăție, adâncime, perspectivă, nuanță, aluzie și originalitate. La o primă vedere, Bion îți dă impresia unui da Vinci lucrând la restaurarea unei structuri păcăginite, până când ți se formează treptat ideea că structura păcăginită este de fapt ruina unui edificiu demn de acest da Vinci, edificiu pe care, mai mult, el îl construiește cu mortarul și cărămizile altora. În aceasta rezidă geniul său de psihanalist, precum și în respectul profund față de ființele umane, chiar și atunci când acestea și-au pierdut de mult respectul față de ele însele.

Respectul acesta profund egalitar față de pacienți, față de cei „îndrumați” și față de colegi e în general bine ilustrat de următoarea anecdotă autentică: Aflându-se odată la un cocteil, un coleg a început să-l laude pentru ultima lui carte, *Jurnal din viitor*: Visul. Bion a replicat: „Ei bine, prea multe nu știu despre ea, dar o aștept cu nerăbdare pe a dvs.”. Paradoxal, Bion părea să-i sfătuiască pe oameni nu atât să citească, cât să scrie cărți. Eu însumi sunt o „victimă” recunoscătoare a sfatului său.

Influența lui Bion asupra lumii psihanalizei

de-abia începe să fie resimțită la adevărata ei importanță. Probabil însă că influența cea mai impresionantă se resimte asupra persoanelor pe care le-a ajutat în mod direct să-și descopere imensul lor potențial. Bion a fost nu numai un om extraordinar, ci și un om capabil, ca nimeni altul, să ne oblige, într-o anumită măsură, să ne întoarcem spre noi înșine, prin mijloace variate: analiză, îndrumare, consultații și seminarii.

În 1979, doctorul Bion era încă în viață și practica în Los Angeles. La sfârșitul lui august 1979, el și doamna Bion s-au reîntors pentru totdeauna în Anglia, unde Bion a murit pe 8 noiembrie 1979 de o boală până atunci nesuspectată. Prietenii, cei în analiză și studenții săi au fost adânc șocați și îndoliați de pierderea uneia dintre cele mai mari ființe umane cu care a fost binecuvântată psihanaliza. Pierderea lui Bion este incalculabilă.

James S. Grotstein

Note

1 Oliver Lyth, *International Journal of Psycho-Analysis*, 1980, voi. 61, p. 269 – 274.

2 Le sunt recunoscător doamnelor Francesca Bion și Betty Joseph pentru aceste informații.

3 H.E. Rollins (Ed.), *Letters of John Keats*, 2 vol., 1958, Harvard University Press, Cambridge.

4 D. Meltzer, *The Kleinian Development: Part III: The Clinical Significance of the Work of Bion*, 1978, Clunie Press, London.

5 Toate acestea nu au fost decât niște aluzii introductive la câteva dintre aspectele majore ale operei lui Bion. Pentru alte puncte de vedere, îl

trimit pe cititor la L. Grinberg, D. Sor și E.T. De Bianchedi, *Introduction to the Work of Bion*, trad. din limba spaniolă de A. Hahn, 1975, Clunie Press, Strath Tay, Perthshire; și la D. Meltzer, *The clinical Significance of the Work of Bion*, în cartea sa *The Kleinian Development*, partea a III-a, 1978, Clunie Press, Strath Tay, Perthshire. De asemenea, îl trimit pe cititor la opera însăși a lui Bion, pentru o mai mare aprofundare a ideilor sale. Orice dezvoltare suplimentară a tezelor sale de către mine ar însemna: a) transformarea mea în biograful său; b) o insultă adusă operei sale, prin presupunerea că ea ar avea nevoie, prin mine, de un traducător.

1. INTRODUCERE

Suntem obișnuiți să găsim într-o culegere de lucrări psihanalitice im număr de prezentări de caz, obicei de la care nici cartea de față nu face excepție. Acestea constau, se pare, dintr-o dare de seamă a istoriei bolii pacientului, cât și din rapoarte detaliate asupra asociațiilor pacientului și interpretărilor făcute de analist în timpul sedințelor. Am avut întotdeauna impresia că asemenea rapoarte sunt vulnerabile la obiecția după care descrierea și interpretările date sunt, pur și simplu, două căi diferite de a spune același lucru sau două caracterizări diferite ale aceluiași fapt. În decursul anilor, suspiciunea mea a devenit convingere. M-am străduit să exprim această convingere în trei cărți, *Învățând din experiență*, *Elemente de psihanaliză* și *Transformări*, fiecare dintre ele purtând discuția ceva mai departe și oferind formulări mai precise.

Acum că a sosit timpul retipăririi unor lucrări mai vechi, constat că schimbările intervenite în vederile mele asupra metodei psihanalitice mă determină să fac unele precizări. Cei care doresc lucrările așa cum au fost inițial publicate, iată-le aici; dar am adăugat comentarii privind schimbarea evolutivă a opiniilor mele.

Nu consider vreuna din descrieri ca fiind o raportare faptică asupra spuselor pacientului ori alor mele, sau ca meritând să fie considerată drept o „raportare faptică” a ceea ce a avut loc. În primul rând, nu atribui memoriei importanța care îi este dată de obicei. Existența unor distorsiuni involuntare este atât de bine stabilită de psihanaliza însăși, încât ar fi absurd să ne comportăm ca și cum rapoartele noastre ar fi cumva exceptate de la propriile noastre constatări. Memoria este născută din experiența sensibilă și îi este potrivită numai acesteia. Cum psihanaliza se ocupă cu experiența care nu este sensibilă – cine ar presupune oare că anxietatea are formă, culoare sau miros? –, rapoartele întemeiate pe percepția a ceea ce este sensibil sunt rapoarte asupra a numai ceea ce este irelevant psihanalitic. Prin urmare, în orice raport al unei ședințe, indiferent cât de repede a fost redactat după eveniment, sau de către care expert, memoria nu trebuie considerată drept nimic altceva decât o comunicare picturală a unei experiențe emoționale.

Relatările de caz din această carte, deși sincer intenționate în momentul scrierii lor să fie corecte faptic (cu excepția modificărilor făcute și

menționate din motive de discreție profesională), trebuie să fie privite acum drept formulări verbale ale imaginilor sensibile elaborate în scopul comunicării într-o anumită formă a ceea ce a fost probabil comunicat într-o alta. De exemplu, în formă de teorie psihanalitică, fie în aceeași lucrare, ori într-o anumită parte a literaturii psihanalitice. Dacă aceasta pare o reevaluare prea severă, atunci răspund că progresul va înceta în activitatea psihanalitică dacă această reevaluare nu va fi considerată ca esențială; ea ar trebui să constituie punctul de plecare al unei noi atitudini față de munca științifică - a altora și, nicidecum mai puțin, a noastră.

Lucrările sunt retipărite aici în forma lor originală pentru cei cărora le este mai ușor să le considere ca rapoarte factice. Am adăugat comentarii care sumarizează modificările survenite în vederile mele.

2. GEAMĂNUL IMAGINAR

1. Pacientul, din a cărui analiză îmi extrag aproape integral materialul, avusese mulți ani de psihoterapie care s-a terminat atunci când terapeutul a recomandat leucotomie. Ținând seama de trecutul lui familial zbuciumat și de tensiunile pe care le-a îndurat în copilăria timpurie, doctorul care mi l-a recomandat era de părere că prognoza nu era bună.

2. Pacientul avea o soră mai mare cu 18 luni decât el, care murise, atunci când pacientul avea un an, de o boală ce-i afectase pe amândoi; amândoi suferiseră de o diaree pronunțată în cursul bolii.

3. Familia avea legături strânse cu vecinii, ale căror fete, mai mici decât el, una cu doi ani, iar cealaltă cu șapte ani, au fost singurii lui tovarăși de joacă până la vârsta de zece ani. Fata mai mică a murit într-un azil, înainte de război: cealaltă trăiește încă, suferind de o nebunie incurabilă, probabil schizofrenie.

4. Copilăria i-a fost agravată de părinții care nu se înțelegeau. Și-a petrecut copilăria în străinătate, într-o țară care promova serios fotbalul și alte sporturi, astfel că atunci când s-a descoperit că era atlet și inteligent, calea sa părea netezită pentru o carieră și un viitor strălucit. Dar situația materială a familiei și relațiile dintre ei s-au înrăutățit, iar la vârsta de 13 ani el a suferit un colaps din care nu s-a recuperat adecvat, deși și-a putut relua și continua munca. Când era de 17 ani, mama lui a murit după mulți ani de suferință de pe urma unei boli cronice; tatăl s-a stins și el, mult mai târziu. Situația s-a complicat și mai mult după moartea mamei sale, când a fost obligat să-și părăsească țara de baștină și să ia totul de la capăt aici.

5. Când a venit să mă consulte, el era un bărbat de 43 de ani, înalt de aproape 1.80 m, firav, palid și fără expresie; era de profesie învățător. Discutarea problemelor lui a fost super

(loială, întreținută de ei printr-o nepăsare monosilabică. A acceptat fără entuziasm să încerce analiza.

6. Raportul meu despre următorii doi ani trebuie să fie desigur comprimat. Tema centrală a analizei era contaminarea: trebuia să-și protejeze

capul de pernă, odihnindu-și-l pe mână; nu putea strânge mâna cuiva; simțea că el contaminase cada de baie care-i dădea o senzație de curățenie, la rândul ei cada de baie contaminându-l din nou.

7. El se temea că bea în exces; se întreba dacă avea penisul erect; nu suporta să aibă pe cineva șezând în spatele lui în autobuz; se simțea la fel de contaminat dacă stătea în spatele cuiva.

Începuse să se întrebe dacă simțea vreo atracție sexuală față de elevele sale; nu trecu mult și suspiciunea lui deveni certitudine, iar asta îl făcea să se simtă murdar.

În asociațiile lui un rol important îl jucau injecțiile terapeutice fantasmate pe care le făcea, ca apoi să se teamă că acul nu ar fi fost bine sterilizat.

8. În decursul primilor doi ani am avut mari dificultăți în stabilirea – conform reacțiilor lui – a validității pe care puteam să o atribui interpretărilor mele. Auzisem în două împrejurări diferite, dintr-o sursă exterioară analizei, că starea pacientului se îmbunătățise simțitor. Eu, unul, nu vedeam însă vreo ameliorare și nici nu reușeam să observ, ceea ce acum recunosc a fi adevărat, că o schimbare avusese loc în el spre sfârșitul acestei perioade. Până atunci intonația lui fusese complet lipsită de orice emoție, iar afirmațiile sale erau greu de interpretat, ele având aproape întotdeauna un caracter ambiguu, producând semnificații diferite în funcție de cum erau considerate, cu un anumit conținut emoțional sau cu un altul.

9. Exista un bogat material oedipian produs

la un nivel foarte superficial, pe care l-am interpretat în consecință, dar interpretările mele au fost receptate cu nepăsare sau deloc.

De-a lungul unei perioade de aproape trei luni, mi-am dat seama că a avut loc o schimbare în analiză. La început, se părea că interpretările mele erau receptate de el cu o nepăsare mult mai încăpățânată decât de obicei, ca și cum eu eram un părinte care dădea îndemnuri și avertizări inefective unui copil refractar, l-am atras atenția la momentul potrivit și o schimbare – nu lesne formulată – a survenit. Mai persista monotonia plictisitoare a asociațiilor sale, dar ele aveau acum o calitate care ar putea fi cel mai bine descrisă drept ritmul asociațiilor sale. Era ca și cum existau două rostiri separate, dar coexistente, ale materialului său. Una conferea o senzație copleșitoare de plictis deprimat; cealaltă, din cauză că el introducea la intervale regulate pauze în fluxul asociațiilor sale, avea un efect hilar, de parcă ar fi spus: „Continuați, e rândul dvs”.

10. Examinând mai departe chestiunea, am observat că asociațiile lui erau banale, suscitând un răspuns banal. Dacă întrerupeam ritmul, el dădea semne de anxietate sau iritare. Dacă îi ofeream, în continuare, interpretările pe care devenise clar că le dorea și le aștepta, se producea senzația intrării într-un impas. Nu am fost surprins când, la începutul ședinței următoare, mi-a spus că tratamentul nu ducea nicăieri și nu-i făcea bine. Credeam eu oare – m-a întrebat el pe un ton rezonabil – că avea vreun rost să continuăm?

11. L-am răspuns că, deși era greu de făcut estimări ale progresului în analiză, nu existau totuși motive pentru a nu-i accepta drept corectă evaluarea sa. Dar, am adăugat eu, înainte de a considera măsurile care trebuiau luate, era nevoie să aflăm din ce constă tratamentul. Ar putea să fie psihanaliză, în care caz, s-ar părea că o altă metodă de abordare a problemelor sale ar trebui căutată. O semnificație mai evidentă ar putea avea psihanaliza practică de mine, în care caz remediul ar fi mai curând schimbarea analistului decât a metodei. Exista, totuși, o altă posibilitate. Aveam deja motive să presupun că atenuarea simptomelor era uneori obținută prin factori secundari analizei. De exemplu, sentimentul de siguranță provocat de situația că exista cineva la care se putea duce. Era posibil ca el să se fi referit în mod inconștient la un asemenea factor.

12. S-a lăsat tăcere și, de vreme ce am ajuns la punctul introducerii temei mele de discuție, voi profita de acest prilej pentru a expune câteva detalii ale psihanalizei din anii premergători, detalii necesare pentru înțelegerea a ceea ce urmează.

Aceste detalii nu prezentau importanță la vremea respectivă, ci aparțineau mai degrabă zonei periferice a curentului principal al asociațiilor lui. Ele apăreau în momentul introducerii de către el a unui nou episod sau a unei anecdote de care-și reamintea. Astfel, el afirma despre o istorioară că îi fusese relatată de către cumnatul său, homosexual. Ori, în timpul vizitării unui prieten sau altul, timp în care

avusese simptome extrem de supărătoare. Cercul său de cunoscuți era foarte larg și, cum tema analizei origina în conținutul relatării, nu aveam motive să acord prea mare atenție diverselor personaje menționate întâmplător. Tocmai către acest aspect al asociațiilor lui, devenite, din periferice, centrale, trebuie să mă îndrept acum, într-o privire retrospectivă.

13. Mai întâi, aș dori să atrag atenția asupra aspectului următor: el spunea: „Mă gândeam să-i vorbesc domnului X și să-i spun etc. etc.”. Într-o zi atenția mi-a fost capturată de o anume ciudățenie de exprimare sau poate de caracterul oarecum neverosimil al remarcii, și l-am întrebat dacă gândea cum vorbea. „O, nu”, mi-a răspuns el, „îmi imaginez, numai!”. Avea să reiasă apoi că numeroase conversații introduse prin propoziția „Mă gândeam să-i vorbesc domnului X” sau „doamnei r\ deși nu toate, erau conversații imaginare. Am pomenit atunci că el dădea impresia că nu făcea o distincție clară între real și imaginar, dar, la vremea aceea, această caracteristică nu avea încă importanța pe care era pe cale de a o dobândi acum.

Printre personajele cu care a discutat în realitate sau în imaginație, un rol considerabil îl juca un bărbat de aceeași profesie cu el, de o vârstă apropiată, având aceleași simptome, căsătorit și cu familie. El locuia încă pe Continent, lucra o normă întreagă cu un asemenea succes încât nimeni nu bănuia că era bolnav. Spre deosebire de pacientul meu, acest bărbat putea călători în voie. Pacientul meu dădea impresia că

se compara nefavorabil cu el.

Exista, așa cum am menționat, cumnatul homosexual, un om de aceeași vârstă, mai solid poate, dar cu siguranță homosexual și nutriend o atracție incestuoasă față de soția pacientului meu, posibilă fiind chiar o relație cu aceasta.

Exista, apoi, un bărbat cu care pacientul meu juca tenis, dar despre acest personaj nu am auzit alte amănunte.

Exista și un număr de elevi ai lui, cazuri psihologice, după cum remarcase el, care i-au trimis alți elevi. Unul i-a trimis chiar un caz psihologic, și pacientul s-a întrebat dacă și-a dat oare seama că acesta era un caz psihologic când i l-a trimis. (Ambiguitatea folosirii pronumelui nu este o greșeală gramaticală, ci mai degrabă expresia desăvârșită a capacității pacientului de a comunica concis multe informații, prea multe.)

Exista un coleg dezagreabil pe care îl cunoștea încă din copilărie și cu care fusese coleg la școală, și care predă în apropiere, având uneori grijă de elevii pacientului meu. Dar colegul reacționa atât de impertinent, încât pacientul meu s-a decis să nu mai apeleze la el vreodată.

14. Să revenim acum la pacientul pe care l-am lăsat tăcând, după ce am rezumat problemele cu care se confruntă înainte de a lua o decizie în legătură cu tratamentul. L-am întrebat la ce se gândea. A răspuns că se gândea la o femeie cu dureri reumatice. „Se plânge întotdeauna de ceva și m-am gândit”, spunea el, „că este foarte nevrotică. Tocmai am sfătuit-o să-și cumpere niște amyta și am trimis-o apoi la plimbare”. Aceasta

era probabil o descriere, în esență, a tratamentului pe care i-l aplicasem lui, de a cărui eficacitate se îndoia. Interpretările mele erau resimțite drept niște proteste vagi cărora nu le acorda prea mare atenție. Asociațiile lui erau în mare parte banale, întrebuițate mai mult pentru efectul lor soporific pe care îl aveau în comun cu amytalul, decât pentru valoarea lor informativă, și care erau menite să mă mențină ocupat fără să-l deranjez. Dar, am adăugat eu, trebuia să reflectăm cum a devenit această situație suportabilă pentru el. I-am atras atenția asupra ciudățeniilor sale de comportament, îndeosebi asupra ritmului de „asociație - interpretare - asociație” ce mă indica pe mine drept geamăn al lui, care îi facilitam evaziunea față de reproșurile mele, atenuându-i astfel indignarea. El se putea identifica cu oricare din cele trei roluri.

Reacția lui a fost izbitoare. Vocea i s-a schimbat și a spus pe un ton abătut că se simțea istovit și murdar. Era ca și cum, într-o clipă, aveam în fața mea, neschimbat în nicio privință, pe pacientul pe care îl văzusem la primul interviu. Schimbarea a fost atât de bruscă, încât m-a tulburat. Ce se întâmplase oare cu geamănul și cu părintele plângăreț? m-am întrebat. Parcă el i-ar fi înghițit, iar acum suporta consecințele.

Așa s-a încheiat ședința. Când m-am dezmeticit din surpriză, mi-am amintit că avusesem adesea motive să presupun că el simțea o întreagă familie otrăvitoare înăuntrul lui, dar aceasta a fost prima ocazie când am asistat la o asemenea demonstrație dramatică a lui în actul

interiorizării obiectelor.

15. La următoarea ședință pacientul mi-a raportat că a avut un vis înfricoșător. Conducea o mașină și era pe punctul de a efectua o depășire. Ajuns în dreptul celeilalte mașini, în loc să o depășească, s-a menținut cu grijă paralel cu ea. Mașina rivală a încetinit și s-a oprit, el însuși făcând același lucru. Cele două mașini erau parcate una lângă alta. Apoi, celălalt șofer, un om cu o constituție foarte asemănătoare cu a lui, coborî, înconjură mașina până la portiera lui și se lăsă cu toată greutatea pe ea. Îi era cu neputință să scape deoarece, parcându-și mașina lângă cealaltă, blocase ieșirea pe ușa opusă, iar persoana îi bloca ieșirea pe ușa lui. Persoana rânjea amenințător prin fereastra sa. Se trezi îngrozit și rămase agitat tot cursul dimineții.

16. Am interpretat astfel: figura amenințătoare eram eu, cum tot eu eram și geamănul imaginar despre care îmi vorbise în ședința precedentă. Geamănul era imaginar fiindcă pacientul meu îi împiedicase nașterea – de fapt, nu exista niciun geamăn. Recurgerea la un geamăn drept mijloc de a-și potoli anxietatea era prin urmare neavenită. Geamănul era hotărât ca el, pacientul, să nu se nască acum, sau cu alte cuvinte să nu devină liber și independent. El era astfel un captiv atât al geamănului, cât și al propriului său gest de a-și parca mașina în imediata apropiere a mașinii celuilalt. Psihanaliza era mașina din care eu nu fusesem lăsat să mă întrupez ca o ființă reală. Visul îi revela teama că în ședința precedentă mă trezisem la viață doar

pentru a-i împiedica evaziunea din psihanaliză, de care se dorea disociat.

17. A urmat o perioadă în care caracteristicile proeminente ale analizei constau din demonstrațiile sale de interiorizare și proiecție, de clivaj și, nu mai puțin, de personificare a părților clivate ale propriei sale personalități. Într-un fel, nu era nimic nou în acestea, dar pe măsură ce analiza lui devenea mai coerentă, iar teama de mecanisme lui mai puțin pronunțată, puteam să vedem mai clar cum erau ele cu adevărat. Retrospectiv, observam că anxietatea, izvorâtă din interpretările făcute înaintea apariției geamănului, provenea nu numai din conținutul asociațiilor lui, dar, mai cu seamă, din simplul fapt că eu îi atrăgeam atenția asupra proceselor sale intra-psihice.

18. Ca rezultat al integrării crescânde a analizei sale, începusem să-mi dau seama că anumite asociații anunțau tema asupra căreia își concentra efortul, probabil, pe parcursul câtorva ședințe. Voi profita de această ocazie pentru a restrânge discuția la numai două asociații, lăsându-l pe cititor să deducă faptul că materialul pe care mi-am bazat interpretările a fost infinit mai bogat decât ar putea sugera această relatare, din necesitate comprimată.

19. Cea dintâi asociație a făcut-o înaintea unui sfârșit de săptămână, în timpul căruia mergea să stea împreună cu niște prieteni. Vacanțele de sfârșit de săptămână, ca și cele anuale, nu fuseseră posibile, până în urmă cu vreo șase luni, timp când și-a luat prima vacanță după

mulți ani. Acum, însă, ele deveniseră evenimente destul de regulate. Mi-a spus: „Îmi las elevii în grija unui suplinitor: el nu are prea mare experiență – e de-o vârstă cu mine, dar nu sunt sigur că va face față. S-ar putea ca o elevă să se îmbolnăvească și să aibă nevoie să fie internată în spital. Asta pare destul de simplu, numai că trebuie să știi cum să tragi puțin sforile, altfel nu poți interna copilul în spital. De obicei, mă înțeleg cu un doctor pe care-l cunosc bine. Ci mă ajută când sunt plecat, dar aranjamentul s-a stricat datorită unei neînțelegeri”.

Din munca ulterioară asupra materialului a rezultat că eu eram persoana care dăduse peste cap înțelegerea dintre cei doi doctori, datorită interpretării mele asupra geamănului și reafirmării geamănului înăuntrul. Pacientului. Suplinitorul era o porțiune clivată din el, lipsită de unele calități esențiale și, în special, de abilitatea de a interna fata în spital. Am sugerat că partea din el căreia îi lăsase în grijă fata era o parte genitală impotentă.

20. După sfârșitul de săptămână mi-a spus că suplinitorul încurcase treburile și îl speriasse pe unul din părinți. Pacientul meu simțea că trebuie să fii deosebit de atent cu ce le spui părinților, iar suplinitorul o făcuse anxioasă pe mamă, vorbindu-i deschis despre boala copilului ei. Rezultatul a fost că, pe viitor, ca îl voia pe el și nu pe celălalt. El simțea că nu merita osteneala să angajezi un suplinitor pentru că, oricum, trebuia să faci munca singur. Răspunzându-mi la o întrebare, a recunoscut că se îngrijorase din pricina suplinitorului, chiar înainte de sfârșitul de

săptămână. Deci, într-un fel, angajarea suplinatorului nu l-a ușurat de nicio anxietate sau responsabilitate. El a obiectat că părintele i-a aruncat în spate multe și a sugerat, chiar, că mama era atrasă sexual față de el.

Am interpretat că eu eram părintele care se plângea de a fi fost lăsat în grija suplinatorului lipsit de experiență. Drept rezultat al lăsării mele în grija părții sale lipsite de experiență, i-am putut spune, la rândul meu, lucruri care l-au tulburat mult. Anxietatea lui era că, dacă ar fi venit la mine ca un om cu experiența, adică potent, i-aș fi făcut avansuri, în speță avansuri sexuale, cărora el nu se simțea capabil să le facă față.

21. El se mișcă incomod pe canapea și deveni încordat; apoi răspunse: „Mă simt chircit și mi-o teamă că dacă stau așa voi avea o crampă. Dacă mă întind voi deveni rigid și voi atinge perna pe care o voi contamina din nou. Mă simt ca și cum aș fi în pântec”.

Am spus că uterul reprezintă, în acest caz, limitele pe care și le impune singur, silindu-se să apară ca un substitut. Am văzut în decursul analizei că el se temea că sexualitatea ar fi fost înlocuită de violență și agresiune. Frica de a fi agresat, strâns asociată în mintea lui cu fecalele, îi cauza retragerea într-o poziție în care se simțea constrâns și închis, fiind astfel protejat de ura descătușată de o poziție mai puțin chircită. De fapt, tot ce a avut loc consta în respingerea, mai mult ca cricând, a unei relații care-i impunea aceste limitări. Putem considera asociația lui ca un indiciu al retragerii în pântec și al fricii de a se

naște. Era însă necesară o înțelegere în termenii prezentului. Am sugerat că aceasta însemna că, în cazul în care el și-ar fi îngăduit să evolueze prin reunificarea diferitelor porțiuni clivate ale personalității sale, el nu se putea bizui pe folosirea capacității sale. Și, mai ales, dacă ar fi permis revenirea urii în forma unei părți ale sale, în cadrul relației cu mine. El nu era sigur de reacția la răspunsul meu. Lui îi era teamă că dacă ar fi existat o relație între noi, relație simțită de amândoi, ea s-ar fi terminat în ură reciprocă.

22. Ședința a luat sfârșit și în aceeași noapte el a avut un vis cu care a început ședința următoare. Voi reda numai un fragment. Un zugrav îi prezentase o notă de plată, după care a părăsit casa. Nota de plată era exagerată. S-a dus după el ca să protesteze, dar zugravul a dispărut repede, neluând în seamă încercările pacientului de a-i reține atenția printr-o ușoară bătaie pe umăr. Pacientul se simțea copleșit de o mânie cum nu mai simțise până atunci și s-a trezit îngrozit. I-am reamintit de ședința anterioară și de frica lui de consecințele unei eventuale renunțări la poziția chircită care-i producea crampe – aceasta fiind ura clivată și îndreptată împotriva mea și a pretențiilor mele bănești și de altă natură, pretenții impuse de mine și de psihanaliză.

El a continuat cu o relatare despre un psihiatru pe care îl întâlnise în ziua aceea. Psihiatrul făcuse parte, în timpul războiului, dintr-o Comisie în fața căreia pacientul s-a înfățișat pentru o reclasificare pe motive psihiatrice. Psihiatrul nu l-a recunoscut pe pacient. Acesta din

urmă l-a chestionat și a aflat că psihiatrul trata pacienți și considera ca suficient un număr de aproximativ 50 de ședințe. Pacientul și-a făcut o părere foarte proastă despre el și a ajuns la concluzia că doctorul n-ar fi fost în stare să facă nimic pentru tulburările lui dacă ar fi încercat să le vindece în numai 50 de ședințe. În timpul acestui schimb de replici deschis și amabil, el a simțit o ură intensă față de psihiatru. Pacientul a adăugat că se mai simțea încă încordat. I-am spus că el mă compara favorabil cu psihiatrul, dar că acest episod reprezenta o avertizare pentru interogatoriul la care aş fi fost supus dacă rolurile noastre ar fi fost inversate.

23. Între timp, relația noastră a devenit, în ansamblu, mai realistă, el cooperând în toate aspectele legate de investigarea acestei probleme. Era cu puțință acum, așa cum nu fusese posibil înainte, să-l chestionez în detaliu și să-i cer, oricând era necesar, o explicitare a asociațiilor lui, în scopul unei înțelegeri mai clare a materialului pe care îl prezenta.

A început acum cu o serie de asociații în care el trimitea diferiți elevi la specialiști în vederea consultării.

Asociația pe care o voi prezenta în continuare este a doua de acest fel. El spunea: „Am o elevă al cărei ochi a început să fie afectat de o boală. Un oculist crede că este o infecție. Oricum, nu se poate face nimic, dar tatăl ei dorește să aibă și o altă opinie. Așa că a trebuit să o trimit la un alt oculist, iar acum m-am trezit cu o mulțime de treburi pe care nu vreau să le fac; fata e o

pacoste. Am de dat o serie întreagă de interviuri. Al doilea oculist nu crede că tabloul clinic este departe de ce a spus primul oculist, dar e de părere că merită o intervenție. Primul nu era de părere că merită efortul, și presupun că de aceea tatăl fetei îl considera un pic cam nepăsător. Oricum, trebuie s-o fac acum. Ei i se va lua o probă de sânge – pe care era bine să o fi făcut înainte – pentru a vedea dacă are sifilis”.

24. Această asociație poate fi considerată ca punctul de plecare al unei investigații care a făcut lumină în două chestiuni: mai întâi, asupra materialului inconștient pe care-l exprima și, în al doilea rând, asupra modalității prin care pacientul a reușit să aducă acest material în conștiință.

Pe măsura desfășurării analizei sale a devenit posibil să demonstrez că asociația lui, cu variantele ei ulterioare, era expresia următoarelor teme conjugate:

(1) Eu eram, din punct de vedere al eficienței, primul oculist care a spus că fata suferindă era un obiect intern, infectat de obiectele din interiorul lui, și pentru care nu se putea tace nimic. Eu eram, de asemenea, și al doilea oculist, care a spus că fata suferindă era afectată de fecalele lui, de spirochete și bacili, de toate soiurile de penisuri inadecvate. Pentru fată nu era nimic de făcut și, totuși, el încerca ceva. Dacă eu nu voiam să repar răul făcut de pacient, el trebuia să o vindece cu penisul lui, care era oricum obiectul lui. Iar el avea să o vindece fără să obțină nimic plăcut. Eu eram și chirurgul oculist care-l amenința cu castrarea. Petrecuse câteva ore

anxioase cu tema concordanței ca să se încredințeze că nici nu se punea problema vreunei gelozii sau neînțelegeri care să prejudicieze relația dintre cei doi oculiști și cea dintre ei și el. Astfel, gemenii erau puși într-o colaborare armonioasă.

(2) Oculistul dintâi, cel pasiv, reprezenta experiențele lui psihoterapeutice anterioare, care nu prea l-au afectat, nici pe el și nici pe obiectele lui. Cel de-al doilea oculist era psihanaliza, care-i conferea o capacitate sporită de insight și îl seducea înspre o sexualitate genitală, deopotrivă cu situația periculoasă pe care aceasta o implica.

(3) Primul oculist, cel pasiv, era mama, iar al doilea, cel activ, era tatăl; ei încercase să fie în concordanță cu amândoi.

25. Voi considera acum lumina pe care analiza lui a proiectat-o asupra celei de-a doua probleme - modalitatea prin care pacientul și-a adus acest material în conștiință.

Mai întâi, revenim cu această asociație la tema contaminării. Fata are o infecție fie tuberculoasă, fie sifilitică sau una de origine necunoscută. El însuși a remarcat în mod spontan că nu a menționat posibilitatea diabetului, deși ea a fost discutată în realitate. Repetăm astfel o temă care fusese deja temeinic testată, la nivel oral, în ultimii doi ani și jumătate de analiză, dar care trebuia reinvestigată acum prin alte mijloace.

Consultul celor doi oculiști indica o metodă vizuală de investigație. În plus, era din nou evidentă o modificare a temei gemenilor, cei doi oculiști.

26. Rezultatul acestei investigații repetate a mărit speranțele, dar a creat sarcini și responsabilități noi. Printre acestea era posibilitatea sexualității genitale, încă o tentativă de sexualitate orală pe care o neglijase, luarea unei probe de sânge contaminat, poate, de obiect, și aplicarea injecțiilor.

Oculiștii, mai ales al doilea, reprezentau și ei reîntărirea instrumentelor de investigație prin ceva asemănător cu gândirea; presupunerea pacientului era că ei trebuiau să știe mai mult decât el.

Pe întreg parcursul acestei perioade devenise evident că prezența mea era sesizată, ba chiar considerată necesară. Eu însă nu trebuia să interfierez. Orice interpretare care ar fi făcut cea mai mică referire la domeniul diagnozelor și tratamentelor, pe care pacientul ar fi putut să o interpreteze ca o incursiune, îi provoca indignare. Puteam însă să fiu eu însumi și nu doar un geamăn modelat în forma dorită de el. Dacă observam manifestările pe care mi le înfățișa pacientul în cabinet, sub forma unei terapii de joc cu un copil, atunci îi puteam considera pe cei doi oculiști ca părți ale corpului lui, posibil cei doi ochi care urmau să fie armonizați într-o viziune binoculară. Fata suferindă era oarecum un obiect recuperat din interiorul lui, care urma să fie amănunțit cercetat de ambii lui ochi și de o gândire în dezvoltare, cercetare întreprinsă astfel asupra unui obiect exteriorizat.

Rezultatele examinării sale amănunțite nu erau pe deplin încurajatoare. Pe de o parte, cei doi

oculiști nu erau complet armonizați. Pe de altă parte, diagnosticul rămânea necunoscut, sau, altfel spus, gândirea sa nu elucidase problema. În sfârșit, se anunțau noi și sporite responsabilități, mai precis, o revizuire a sexualității orale și o explorare a celei genitale. În acest ultim aspect am observat că începuse să-l numească pe oculist – chirurg oculist. Când i-am atras atenția, el mi-a răspuns că chirurgul nu considera operația necesară.

Nu am rămas surprins când, la următoarea sedință, o altă elevă urma să fie trimisă pentru consultație, de data aceasta la un chirurg orelist și, din nou, la cererea tatălui. În timp ce relata acest episod, el exprima sentimente de persecuție datorate orelistului. Avusese loc o retragere către nivelele auditiv, olfactiv și oral. Am interpretat astfel: progresul său era, simțea el, imposibil de susținut, el având senzația că era persecutat nu numai din motivele deja arătate, ci și pentru că psihanaliza – o metodă care implica toate simțurile în examinarea problemelor lui, inclusiv vederea și gândirea – era mai solicitantă decât psihoterapia. Psihanaliza necesita:

(1) o coordonare printr-un efort dureros, în care el eșuase:

(2) acceptarea în el însuși a tuturor părților clivate ale personalității sale, pe care le-a personificat și exteriorizat;

(3) impunerea unor responsabilități cărora el nu le putea face față;

(4) amenințarea cu pedeapsa castrării, pe care nu o putea îndura.

I-am reamintit visul cu zugravul care-i prezentase o notă exagerată de plată și i-am spus că eu eram, astfel, obiectul urii sale, deoarece îi impusesem aceste responsabilități și pedepse, dar și fiindcă îl obligasem să regreseze la nivele pe care deja le găsisese de neîndurat, l-am explicat că, aparent, toate nivelele îl indicau pe el ca responsabil pentru restaurarea obiectului prejudiciat, de vreme ce chirurgul orelist recunoscuse că tratamentul era adecvat.

27. L-am spus pacientului că trebuia să avem în vedere că o componentă, cea care rămânea neschimbată, orice s-ar fi întâmplat, era conștiința lui, aparent atât de solicitantă, încât îl conducea dintr-o situație teribilă și stresantă înti-alta.

Ezităările pacientului îl ajutau să-și încerce metodele de testare a realității, permițându-i să-și compare constatările din fazele orală și oculară. Obiectul prejudiciat a fost examinat în detaliu la un nivel oral, înainte de a fi supus investigației „oreliștilor”. În orice caz, trecerea la oculiști a stârnit o mare anxietate și tensiune deoarece, în loc să soluționeze, pur și simplu, problema obiectului prejudiciat, aceștia au dezvăluit prezența situației oedipiene, pe care el nu o putea tolera. Succesiunea ulterioară de progrese și regrese avea ca scop înlesnirea consolidării eului. El putea, deci, să facă față situației oedipiene, fiind acum puternic emoțional, cum nu fusese cazul înaintea apariției geamănului imaginar. Am remarcat deja faptul că analiza părea să nu aibă niciun efect asupra materialului oedipian din faza incipientă. În acest moment al analizei sale, părea

să-i crească încrederea în metodele lui de testare a realității, în realitate și în propriul cu.

28. Am încheiat aici prezentarea integrală a materialului clinic pe care mi-am propus să-l relatez din analiza acestui pacient. În discuția care urmează mă voi referi la asociațiile altor doi pacienți, și pentru a păstra o distincție între materiale, propun să numim pacientul despre care am vorbit până acum *A*, iar pe ceilalți doi *B* și, respectiv, *C*.

Cel dintâi punct al discuției îl reprezintă încrederea și stăpânirea desăvârșită de către pacientul *A* a mecanismelor de interiorizare, proiecție, clivaj și personificare a părților clivate. În timpul perioadei pe care am descris-o, reacțiile sale contrastau cu cele ale pacientului *B*, un geamăn adevărat având o personalitate mai tulburată, care recurgea la fantasmă despre geamănul aidoma lui, fantasmă ce păreau să aibă aceleași funcții ca și geamănul imaginar al lui *A*. Acest pacient, *B*, părea să se lupte mereu cu caracterul refractar al materialului său. Obiectele interiorizate erau descrise drept cuburi de oțel brunat: în timpul ședințelor se plângea de dureri în gură, stomac și anus. Hrana trebuia preluată printr-un tub subțire ca firul de păr, iar asociațiile prin care se străduia să se elibereze din analiză erau nearticulate și greu de potrivit. Geamănul adevărat părea la fel de inabordabil ca material de fantasmă ca și hrana pentru alimentație. Pacientul *A* își personifica clivajele cu atâta succes, încât, în timpul unor ședințe, puteai crede că asistai la o sesiune de terapie prin joc a unui copil. *B* părea să

se simtă la fel de necorespunzător înzestrat în vederea explorării tensiunilor intra-psiice ca și pentru contactul cu realitatea. Nu am putut evita sentimentul că la A, îndeosebi în ședințele dedicate consultanților, atunci când părea capabil să-mi tolereze prezența, ca atare, el demonstra prin aceste personificări o încercare de a se concilia cu realitatea și astfel dezvăluia un factor care-i dăduse speranțe în privința rezultatului analizei sale. Testând realitatea, pacientul testa de asemenea – se pare, tot mai încrezător în rezultate – mecanismele lui de testare a realității.

29. El mi se pare diferit, în această privință, de pacientul C, a cărui asociație ce o voi prezenta aici nu sugera aceeași confidență în realitate sau în mijloacele sale de testare a realității. După revenirea sa la analiză din spitalul unde a fost pus în discuție tratamentul cu terapie prin raze X, ca apoi să fie respins pe motivul pericolului pe care l-ar putea genera printr-o eventuală anihilare a funcției genitale, C mi-a spus că fusese vecinul de pat al unui pacient căruia i se făceau transfuzii cu sângele donat de vărul lui. Mamele verilor erau surori gemene, spunea el, și a adăugat gânditor că sora lui avea gemeni. Medicul lui, a continuat el, avea același nume cu doctorul care îl tratase cu câțva timp în urmă în străinătate, când suferise de indigestie. S-a oprit o clipă, apoi a spus că îi slăbea vederea la unul din ochi. Mai mult, dacă se uita doar cu ochiul respectiv, vedea dublu. Defectul lui de vedere ar fi putut fi corectat cu ochelari, însă el detesta să-i poarte, deși îi îndreptau văzul, pentru că datorită lor se simțea

sașiu. Am interpretat că cei doi veri erau părinții aflați în contact sexual pe care el dorea să-i nimicească cu privirea lui fixă, pătrunzătoare și sadică, asemenea unui fascicul de raze X. El simțea așadar că funcția genitală îi era amenințată de privirea scrutătoare și distrugătoare a părinților. Mi-a replicat printr-un calambur atotsugestiv: „Nu se poate conta pe mine”. Abia a spus aceasta că a început să acuze o indigestie și că îi era frică să se reîntoarcă la spital. Și-a petrecut tot restul ședinței cu remarci privind temerile despre mâncarea lui. Acest pacient se plângea deseori că era la fel de tulburat dacă își considera observațiile sale ca fiind corecte, în care caz realitatea era înspăimântătoare, sau dacă le considera incorecte, în care caz starea lui mentală era înspăimântătoare. Calamburul său indica faptul că, spre deosebire de A, el simțea că nu se putea bizui pe instrumentele sale de investigare – ochiul cu tot ce simboliza el, părinții pe care îi dezvăluia ochiul său și eul care avea să integreze rezultatul investigației. El, ca și A, a regresat la un nivel oral.

30. Îmi voi îndrepta acum atenția asupra unei ședințe cu pacientul B pe care l-am menționat mai devreme. El a afirmat: „Cred că l-am zărit pe ultimul dumneavoastră pacient. Am venit mai devreme și am așteptat. Aseară fratele meu geamăn m-a ținut treaz toată noaptea, trăncănind despre ceva tras de păr, așa cum fac oamenii ăștia. Mereu voiam să plec la culci re. Mulțumită psihanalizei pot pătrunde în mintea celui care lucrează la masa vecină. Pot să-mi râd de el”.

Am interpretat că geamănul era ultimul meu pacient, care l-a ținut treaz cu flecăreala sa. Acum însă își putea bate joc de celălalt, fiindcă știa cum trebuia să se simtă, așa exclus cum era.

B a continuat: „Asistentului meu de laborator îi place să folosească microscopul obișnuit, dar eu îl prefer pe cel binocular. Fără îndoială, poți vedea mult mai bine cu el. Ca să vezi, el îmi dă pe de o parte dreptate. Tocmai mă gândeam că dacă ai mai mulți bani beneficiezi de un tratament mai bun, și asta te însănătoșește, desigur”.

Am spus că psihanaliza sau eu însumi îi confeream o vedere binoculară. Drept consecință, el poseda mai multă cunoaștere și simțea că o cunoaștere crescută îi aduce vindecarea.

El a continuat: „Viața e foarte complicată. Dvs. Continuați să complicați lucrurile pentru mine”.

Am răspuns: „Dvs. Simțiți acum că vederea mai bună cu ambii ochi – unul din ochi fiind analiza – vă dezvăluie mai multe decât săraca vedere monoculară; vă ajută să realizați că viața este foarte complicată și dificilă. Ea v-a făcut să-l vedeți pe celălalt pacient care mă vizitează”.

A continuat: „N-am putut mânca la prânz. Arăta foarte bine, dar mi s-a făcut greață”.

Am răspuns: „Atunci când l-ați văzut pe celălalt pacient, ochii dvs. V-au făcut să gândiți că analiza era foarte bună. Acum constatați că analiza nu vă este prielnică și nu vă simțiți în stare s-o înghițiți. Aveți sentimentul că flecăreala – cum ați numit-o – a celuiilalt pacient a fost menită să vă intoxice”.

A continuat: „Desigur, microscopul binocular este foarte dificil de folosit la început. Trebuie să te deprinzi cum să-l folosești, și apoi, e mai precis decât cel obișnuit”.

Am răspuns: „Simțiți că dacă vă folosiți de analiză pentru a pătrunde înăuntrul minții oamenilor ca să puteți râde de ei, aceasta înseamnă că nu a-ți deprins uzul ei corect, și atunci cei pe care îi scrutați vă vor ataca la rândul lor”.

31. Analiza ulterioară a arătat că îndoiala pe care o avea în legătură cu capacitatea lui de a mânui pe loc microscopul binocular se baza, în parte, pe teama lui că ar putea face ca un geamăn foarte mic să apară ca un tată foarte mare. La vremea acestei asociații el nu era pregătit să vadă un tată și o mamă împreună, deși asociația lui proba posibilitatea surprinderii unei asemenea scene, dacă instrumentele sale de investigație, ca și abilitatea de a le mânui, se îmbunătățeau. Acest avertisment era de asemenea implicit în afirmația că eu complicam lucrurile pentru el. Pretenția lui că poseda insight psihanalitic indica faptul că eu jucam rolul geamănului identic – geamănul imaginar al acestui pacient.

Sedința pe care am descris-o arăta că *B* atinsese acum un punct la care interpretările mele despre mine însumi ca geamănul lui identic deveniseră posibile. Până la acest punct, materialul oedipian, deși destul de vizibil, era la un nivel superficial – ca și în cazul lui *A*, în faza anterioară – și interpretările mele aveau un efect minim. Afirmațiile sale despre necesitatea de a

deveni îndemânat în folosirea microscopului binocular indicau o percepție crescută a realității, privind mai ales mijloacele sale de stabilire a contactului cu ea, cât și o încredere sporită în abilitatea sa de explorare a tensiunilor intra-psihice. În contrast, în faza mai timpurie a analizei, eu apăream repetat ca un fel de creier al lui care trebuie să exploreze pentru el.

Toate acestea mă conduc la punctul următor al discuției. Cum se face că, în cazul lui A, geamănul imaginar avea o asemenea importanță? Și, dacă era atât de important, de ce au rămas fenomenele asociate cu el atâta timp periferice, și nu centrale?

Răspunsul pe care îl sugerez este că geamănul imaginar revine la cea mai timpurie relație a lui, ca o expresie a incapacității sale de a tolera un obiect neafiat sub controlul său deplin. Funcția geamănului imaginar era, așadar, aceea de a nega o realitate diferită de el însuși.

Cu această negare a realității exterioare coexista o neputință de a suporta realitățile psihice interne și înainte de a se ajunge la o mai mare toleranță a fost nevoie de un efort considerabil, în timp ce i se micșorau temerile legate de mecanismele sale psihice, a început să le accepte prezența, manifestată în forma deplasării reprezentării lor către o poziție mai centrală în fluxul asociațiilor lui. Numai când am putut să-i demonstrez cât de rău eram la toate nivelele minții sale, a fost în stare să recunoască, mai întâi, mecanismele de clivaj și personificare, iar, mai apoi, să le pună în aplicare – adică, retrospectiv –

pentru a restabili contactul pe care ele îl întrerupseseră inițial. După demonstrația cu geamănul imaginar mi-a fost îngăduit să exist ca persoană reală și nu ca un lucru creat de el însuși. Așa cum am menționat, fusesem lăsat până acum să exist, mai mult sau mai puțin pasiv, ca să-i observ jocul și, în sfârșit, ca să-i fiu consultant. În ședința cu *B*, pe care am relatat-o, în ciuda aparențelor contrarii, eu rămâneam, totuși, doar un geamăn identic.

32. Înainte de a încheia, mi-au rămas încă două speculații de făcut, care ridică probleme la care nu voi încerca să răspund. Cea dintâi se referă la personificarea clivajelor, asupra căreia am atras atenția. Este posibil ca această capacitate de a personifica clivajele personalității să fie, într-o anumită măsură, analoagă cu capacitatea de formare a simbolurilor, la care doamna Klein s-a referit în lucrarea ei despre *Importanța formării simbolurilor în dezvoltarea eului* (1930). Avea aceasta o valoare similară în dezvoltarea lui *A* în perioada pe care am încercat să o descriu?

Cea de-a doua chestiune privește rolul jucat de vedere în asociațiile celor trei pacienți. Pentru fiecare pacient, vederea pare să aibă legătură cu dezvoltarea gândirii; de exemplu, consultant pentru *A*, eu însumi, în rolul de „creier*” al lui *B* și într-un rol similar – deși mi-a lipsit timpul necesar discutării lui – pentru *C*; în fiecare caz, odată cu apariția sexualității genitale și a situației oedipice. Mai mult, fiecare pacient, în felul său propriu, părea să prezinte probleme asemănătoare

care se impuneau astfel de parcă ar fi fost relevante vederii însăși. *A* accentua cât de mult efort își asumase pentru a întreține o relație armonioasă cu cei doi oculiști; *B* compara performanțele microscopelor monocular și binocular; *C* era preocupat de rolul ochelarilor în corectarea vederii sale. Fiecare simțea că i se impuneau noi greutăți; din partea celui de al doilea oculist, în cazul lui *A*, de către mine însumi, în cazul lui *B*, iar pentru *C*, prin afirmația că ochelarii îl făceau să se simtă sașiu.

În fiecare din cazurile de mai sus, puterea vizuală reprezenta apariția unei noi capacități de explorare a realității. A fost posibil să arăt cum, în acest sens, analiza era resimțită ca o completare a arsenalului de investigare al pacientului și era, prin urmare, capabilă să reactiveze emoțiile asociate cu momente foarte timpurii în dezvoltarea psihică, ce aveau un efect analog asupra creșterii acestei capacități. Intensificarea puterii necesita o aprofundare a înțelegerii intelectuale.

33. În fiecare caz, puterile nou dobândite erau folosite în scopul rezolvării unei probleme existente, dar revelau și alte probleme care necesitau soluționare. Astfel, *A*, care părea foarte preocupat de problema obiectului intern prejudiciat și care și-a exercitat cu succes puterile recent dobândite, s-a trezit amenințat de relația dintre părinte și copil. *B* arăta aceeași evoluție în termenii descoperirii unui geamăn neidemic care era relaționat cu mama sa. *C*, de asemenea, dar în poziția unui văr căruia i se transfuzionase sângele

altui văr.

Toți pacienții păreau să simtă că problema existase dintotdeauna, dar descoperirea ei depindea de creșterea capacității de conștientizare.

În fiecare caz, regresia putea fi, astfel, disociată de:

(1) intensificarea capacității produse de dezvoltarea psihică;

(2) conștientizarea fenomenelor prin intensificarea capacității, și;

(3) dezvoltarea fiziologică asociată cu dezvoltarea psihologică ce revela legătura dintre părinții exteriori.

În fiecare caz, aveam impresia că pacientul simțea că vederea crea probleme legate de stăpânirea unui nou organ senzorial. Acesteia îi corespundea un sentiment după care dezvoltarea psihicului, la fel ca și dezvoltarea capacității vizuale, antrena apariția situației oedipiene. La A, trecerea de la tratarea de mântuială și superficială a situației oedipiene, la efortul acceptării intensului. Complex oedipian, era foarte șocantă.

Cât despre mine, am realizat că este imposibil să interpretez materialul prezentat de acești pacienți ca o expresie a unei dezvoltări psihologice divorțate de orice dezvoltare fizică concomitentă. M-am întrebat dacă dezvoltarea psihică era legată de dezvoltarea controlului ocular, în aceeași măsură în care problemele dezvoltării legate de agresiunea orală. Coexistau cu ieșitul dinților. Dacă așa stau lucrurile, ar trebui să ne întrebăm dacă aceste dezvoltări

psihice, avansând complexul oedipian, nu au loc în primele patru luni ale vieții individului. Relevanța acestei chestiuni pentru evaluarea corectitudinii punctului de vedere al doamnei Klein privind începutul fazei oedipiene este evidentă. În cazul în care experiența altor observatori parcă să-mi confirme constatările, aceasta ar furniza rațiuni inerente pentru favorizarea unei datări timpurii a fazei precedipice.

Comentariu în *Geamănul imaginar*, distorsiunile datelor din biografia pacientului sunt destinate să-l împiedice pe acesta, sau pe oricine l-a cunoscut, să creadă că se referă la el. Asemenea intenții subestimează puterea zvonului și a suspiciunii.

Dacă distorsiunile sunt considerate eficace, narațiunea trebuie privită ca ficțiune. Dacă narațiunea ar fi o operă de artă, atunci ar fi poate rezonabil să fie privită ca o reprezentare mult mai apropiată de adevăr decât orice transcriere literală; acest psihanalist nu este însă un artist. Așteptările ca documentul să reprezinte ceea ce s-a petrecut în fapt trebuie să fie respinse ca deșarte.

Primul paragraf este evocator; cititorul este invitat să recunoască gravitatea bolii pacientului, starea mentală a cuiva care a fost sfătuit să aibă în vedere o serioasă operație pe creier, pesimismul și disperarea cuiva care a avut timp de atâția ani un tratament fără rezultate. Cititorul se așteaptă la un triumf al psihanalizei, în contrast cu nenorocirile anterioare ale pacientului aflat în psihoterapie.

Paragrafele 2 și 3 sunt faptic inexacte; afirmațiile din cele două paragrafe sunt reprezentări de fapte pe care realizarea le-a aproximat de aproape. Credeam că erau adevărate atunci; cred că sunt adevărate acum. Ce importanță ar trebui atribuită acestor afirmații, una în lucrare, făcută în decursul câtorva luni după experiență; cealaltă în această carte, făcută după douăzeci de ani?

În mod obișnuit se crede că un raport, scris după aproximativ o oră de la evenimentele pe care se presupune că le descrie, are o validitate și o superioritate intrinseci, deosebite față de relatarea scrisă după multe luni, sau chiar ani mai târziu. Voi presupune, pur și simplu, că sunt două relatări diferite ale aceluiași eveniment, fără nicio implicație că una ar fi superioară celeilalte. Este necesară o tehnică ce va dezvălui natura povestirilor contrastante și a elementelor contrastante din ele. Istoricii sunt familiarizați cu uzanțele istoriei „contemporane” și ale istoriei scrise la un interval suficient de lung după eveniment pentru ca „pasiunile să se fi temperat”, iar perspectiva să se fi maturizat. Un psihanalist are nevoie de o definiție mai precisă a realităților din spatele acestor formulări distinctive.

Nevoia de discreție se referă la înlocuirea anumitor fapte cu falsificări care în intenție nu se deosebesc substanțial de relatarea tensiunilor emoționale ce făceau parte din mediul pacientului. Acum nu am niciun dubiu că această idee este destul de greșită, substituția fiind făcută conform anumitor preconcepții derivate din experiența

psihanalizării pacientului. Fondul emoțional din care derivă această relatare trebuie să includă ideile mele despre ce mi-a spus pacientul, interpretările mele și interpretările date de mine rezultatelor întâlnirii. Când am scris acestea credeam că ofeream o relatare faptică a comportamentului pacientului împreună cu o relatare faptică a interpretărilor mele – bazate, în parte, pe convingerile mele asupra semnificației teoriei psihanalitice – urmate de o relatare faptică a consecințelor interpretărilor. Acum mi se pare că ar fi mult mai corect să consider această lucrare și toate celelalte scrise de mine (acestea fiind lucrările pe care le cunosc cel mai de aproape) ca alcătuite din afirmații de o calitate variabilă. De exemplu, afirmația din paragraful 5 este o formulare verbală a unei imagini vizuale. Citind-o acum, după șaptesprezece ani, pot recepta o impresie vizuală care, până la un punct, îmi amintește de ceva ce nu poate fi înțeles la nivel senzorial – depresia. Expresia „Mapatie monosilabică”, venind în contextul întregului paragraf, mă determină să presupun acum că pacientul era deprimat, însă nu e tot una cu a spune că era deprimat pentru a-l descrie ca apatic și monosilabic. Aici este miezul problemei: cu cât mai neobstrucționată este relația pe care psihanalistul o are cu pacientul, cu atât ea este mai subtilă. Este o experiență inefabilă. Interpretarea psihanalistului trebuie să fie cea a unei stări mentale cu atât mai dificil de descris în termeni senzoriali, cu cât el aspiră la o mai mare acuratețe.

În psihanaliza însăși nu este atât de dificil de formulat o interpretare precum e aici. În primul rând, pacientul știe, fiind prezent, despre ce vorbește psihanalistul. Aceleași calități sunt inerente interpretării psihanalistului și asociației. Prin urmare, comunicarea între psihanalist și pacient nu prezintă aceleași dificultăți cu cele existente în comunicarea dintre psihanalist și cititor.

Experiența comunicării pacientului și interpretării psihanalistului este inefabilă și esențială. Comunicarea de o asemenea calitate joacă un rol vital în orice interpretare dată pacientului psihoție. Reacția pacientului la interpretare depinde adeseori mai mult de această calitate a interpretării decât de semnificația ei verbală. Mulțumită naturii transferului psihotic, destinul semnificației verbale atârnă de reacția pacientului la tonul interpretării.

Acum imaginea senzorială, categoria C în grilă, se întrupează în descrierea din paragraful 5. Dacă aș fi încercat să o formulez în termeni mai exacti, așa cum poate savantul cu formulele sale matematice, comunicarea ar fi degenerat în jonglerie verbală. E, totuși, necesară o formulare mai precisă, pentru ca cititorul să aibă o idee mai exactă despre asociația care trebuia interpretată. Cum poate o făcută comunicarea dintre psihanalistul care citește și psihanalistul care scrie cel puțin la fel de eficientă precum comunicarea dintre analist și analizând? Ceea ce trebuie să fie comunicat este destul de veridic; totuși, fiecare psihanalist cunoaște frustrarea

încercării de a face clară, chiar pentru un alt psihanalist, o experiență ce sună neconvingător îndată ce e formulată. Ar trebui poate să ne împăcăm cu ideea că o asemenea comunicare este imposibilă în stadiul actual al psihanalizei. Transformarea experienței psihanalitice în formulări care efectuează comunicarea dintre psihanalist și cititor rămâne o activitate de continuat. Unii ar dori să o transforme poate în termeni de grup, unii în termeni matematici, științifici sau artistici. Unii pot fi satisfăcuți de perfectarea interpretărilor în contextul ședinței psihanalitice. Niciun psihanalist nu se va mulțumi să lase lucrurile așa cum sunt.

Un caz special al problemei comunicării dintre psihanalistul care scrie și psihanalistul care citește, pe care mi l-am reamintit când pregăteam aceste lucrări pe Rtru publicare în volum, apare atunci când scriitorul și cititorul sunt una și aceeași persoană. Aici, s-ar putea presupune, se află condițiile perfecte de comunicare. Totuși, în zilele când obișnuiam să scriu notițe elaborate despre ședințele mele cu pacienții, am constatat că nu aveam rezultate mai bune când intervalul dintre scriere și citire era relativ scurt, decât atunci când intervalul se măsoara în ani. La început am crezut că voi putea înțelege cu ușurință notițele așternute în grabă, o mângălitură aici, un semn de exclamare acolo, uneori o presupunere interpolată sau un comentariu la propriile mele sentimente despre ce se întâmpla. Nu voi spune că erau lipsite de sens atunci când le citeam, însă ele nu redau sensul pe care speram să-l găsesc. Nu

semănau cu nimic mai mult decât cu o notiță somnoroasă pe care încercam uneori să o fac pentru a fixa ceea ce simțeam că era un vis important de studiat dimineața. Mâzgăliturile rămâneau: visul dispăruse. Am constatat că nu mă puteam servi de ele în scopul interpretării, mai bine decât de mâzgăliturile făcute pe moment atunci când crain complet treaz. La fel este și cu lucrarea de față. Nu am o părere defavorabilă despre relatare; cred că dacă era raportul unui alt psihanalist l-aș fi considerat destul de bun. Așa cum este însă, nu îl recunosc pe pacient sau pe mine însumi.

Acest gen de experiență m-a condus la un număr de experimente în luarea de notițe, inclusiv, unele, poate cele mai convingătoare, intenționate ca rapoarte subiective ale sentimentelor mele față de munca zilei respective. O fișă-index servea la găsirea referințelor pacienților, astfel încât să pot cerceta rapid materialul, dacă aș fi dorit să-mi reamintesc istoria lor psihanalitică. O dată sau de două ori am considerat-o utilă. Am acum același sentiment, de exemplu, citind paragrafele 8 - 11, dar nu sunt sigur în ce sens a fost utilă această experiență atunci sau acum. În final, am abandonat cu totul luarea de notițe, iar lucrarea a fost scrisă abia câțiva ani mai târziu. Motivele mele nu pot fi expuse simplu și comprehensiv. Un motiv, relevant în acest context imediat, era conștientizarea mea crescândă că cele mai evocatoare însemnări erau acelea în care mă apropiam cel mai mult de reprezentarea unei imagini senzoriale, să zicem, un eveniment evocat

vizual (pentru exemplu vezi 5). În orice caz, nu trecutul era evocat, ci interpretările post-cvenimentiale. Pe scurt, valoarea notițelor nu consta în presupusa formulare a unei consemnări a trecutului, ci în formularea unei imagini senzoriale evocatoare a viitorului. Notițele nu făceau cu putință ca eu să rămân conștient de trecut, ci să evoc perspective ale viitorului. Utilizând grila, pe care am încercat să o construiesc în acest scop, afirmațiile făcute în însemnările mele pot fi categorisite mai bine drept C4 decât C.

În grilă, aceste două categorii apar foarte apropiate una de alta. E obișnuit ca în viața de zi cu zi să auzi doi oameni ale căror opinii se spune că se află la „poluri opuse”; este chiar expresia unei „distanțe” mentale. Imaginea vizuală a grilei sugerează că aceste categorii sunt învecinate, și atunci trebuie să presupunem că există vreo „apropiere” corespunzătoare în relația cu *obiectele reprezentate* de grilă? în contextul acestei discuții susțin că valoarea reală a formulării categorizate drept C3 este de fapt „departe de „valoarea reală reprezentată de C4. Ar reprezenta grila mai fidel conștientizările pe care e destinată să le categorizeze dacă aceste categorii ar fi diferit amplasate pe hârtie? Se poate spune că notițele despre care discut aparțin unor categorii similare sau apropiate, obiectivul lor este de a evoca amintiri presupuse inconștiente pentru că au fost uitate sau suprimate sau refulate; dacă e să evoce idei despre viitor, ele vor evoca profeții sau

presupoziții despre ce nu s-a întâmplat încă. Distanța dintre cele două, măsurată nu în spațiu, ci în timp, ar putea fi infinit de mică sau infinit de mare. Din nou, dacă însemnarea mea îmi spune „ce s-a întâmplat” în ședința de ieri și mă face să mă gândesc, pe scurt, la ce se va întâmpla în cea de azi, poate fi măsurată „distanța” dintre aceste două idei prin timpul care s-a scurs între cele două ședințe? Probabil ar fi mai bine să ne gândim la ca nu ca distanță, în spațiu sau în timp, sau între idei, ci, mai degrabă, în termenii unei diferențe raportate la o scară oarecare, pe un fond genetic diferit de cel al spațiului fizic sau al timpului fizic. Pentru o analiză viitoare – care este înțelesul util în care se poate spune că mintea „călătorește” de la pământ până la cel mai apropiat quasar cu „viteza gândului”?

Pentru psihanalisti acestea nu sunt idei, ci chestiuni practice; a se considera importanța într-o psihanaliză a abilității psihanalistului sau pacientului de a percepe o idee foarte „încet” sau foarte „rapid”. Un pacient poate sesiza semnificația unei interpretări atât de repede, încât psihanalistul e surprins să afle, o clipă mai târziu, că, după câte s-ar părea, pacientul nu înțelege deloc ce i s-a spus. Viteza gândului său îi permite să conchidă afirmația în discuție, înainte de a fi avut timp să o înțeleagă. Termenii cu care descriu acestea sunt modelați pe experiența concretă a unui fond sensibil. Modelul servește la clarificarea multor fenomene din psihanaliză, dar lumina pe care o degajă aceste modele (inclusiv acesta) este discontinuă, iar inadecvarea lor e ușor sesizabilă.

Psihanalistul are nevoie de modele care sunt construite rapid, au o sferă largă de aplicație și sunt robuste. Cele pe care le folosim acum au o viață scurtă. Ele servesc destul de bine până la un moment dat, însă acel moment este repede atins și, de acolo, psihanalistul nu poate vedea nimic altceva decât întunericul de dincolo. În opinia mea, acesta este neajunsul lucrărilor pe care le comentez. Le comentez, deoarece defectul lor nu este specific acestor lucrări, ci metodei căreia ele îi sunt caracteristice. Problema este de a transforma formulări precum „timp”, „distanță”, „spațiu”, astfel încât reformularea să nu fie atât de Abstractă precum o jonglerie verbală, și să nu aibă o semnificație atât de fixă pentru a împiedica dezvoltarea.

Însemnarea psihanalistului despre o ședință poate fi departe de un proces-verbal al celor petrecute: aproape, totuși, de o anticipare a unei dezvoltări viitoare. Pregătirea științifică pare să presupună că această capacitate de anticipare este un atribut dezirabil și care merită să fie dezvoltat. Pentru psihanalist apare important să fie în stare să prevadă tentativa de sinucidere a pacientului său, ori, dimpotrivă, ameliorarea lui probabilă. Să examinăm mai îndeaproape această supoziție. Dacă se presupune că psihanalistul trebuie să anticipeze sinuciderea pacientului său, aceasta nu înseamnă altceva decât că psihanalistul ar trebui să fie capabil să cultive un spectru de gândire și simțire, plăcut sau neplăcut, cât de larg posibil. Ideea că pacientul lui s-ar putea sinucide este un exemplu specific al gândurilor supărătoare pe

care psihanalistul trebuie să le suporte; în caz contrar, el va fi abătut de la munca pentru care există să o realizeze și pe care nimeni altcineva nu o poate realiza, anume, să analizeze. Dacă analizarea impulsului de sinucidere nu poate modifica impulsul pacientului, cu siguranță că nu o va face prevenirea lui, să zicem, prin spitalizare. Într-o asemenea eventualitate, alții au de îndeplinit roluri diferite: ei pot fi de părere că analistul ar trebui să îndeplinească aceste sarcini. Părerile lor pot avea consecințe neplăcute pentru psihanalist. Psihanalistul singur se află în situația de a ști că funcția sa este de a psihanaliza. El se află sub presiune, izolat și vulnerabil, supus tentației de a-și abandona rolul și de a-și asuma un altul care, oricât de nepotrivit ar fi pentru el, corespunde convențiilor și preconcepțiilor recunoscute ale grupului. Dacă procedează astfel, psihanaliza este iremediabil compromisă. Pacientul își pierde psihanalistul și dobândește un aliat de o valoare îndoielnică.

Argumentele de mai sus se aplică cu o elocvență egală supoziției că pacientul ar putea deveni psihanalist, supoziție pe care psihanalistul ar trebui să fie capabil să o primească favorabil. Dacă psihanalistul poate cultiva un spectru de posibilități, mergând de la încercarea de sinucidere a pacientului său până la supraviețuirea lui ca personalitate robustă și stabilă, el ar trebui să fie capabil de a le psihanaliza pe fiecare pe măsura apariției lor în contextul psihanalizei. Stânca pe care ajunge să eșueze psihanaliza este importanța amintirilor

și dorințelor psihanalistului: despre acest lucru voi avea ocazia să vorbesc mai târziu.

Paragraful 12 începe cu o privire retrospectivă asupra analizei. Nu intenționez să pun la îndoială acuratețea descrierii, ci să o folosesc pentru a-mi ilustra opinia actuală. Așa cum se prezintă, relatarea ar putea fi o descriere fie a amintirii, fie a evoluției; trebuie făcută o distincție între ele.

Ca raport al unei amintiri, ea tinde să descrie „amintirea” mea a ceea ce numesc acum o „evoluție”, anume, împreunarea, printr-o intuiție subit precipitată, a unei mase de fragmente incoerente, aparent nerelaționate, care astfel primesc un sens și o coerență neposedate anterior. O disting de rapoartele istoriilor relatate de cumnatul homosexual. Clasific acest element, și altele asemenea lui, ca „amintiri”, împreună cu aduceri aminte resuscitate oarecum deliberat și cu eforturi, cu, de exemplu, atunci când un pacient reconstituie un vis pe care crede că l-a avut. În contrast cu acesta e visul reamintit dintr-odată, ca un singur tot. Sau poate pierdut în chip asemănător, ca un singur tot. Experiența aceasta este similară fenomenului de transformare a poziției paranoid-schizoide în poziție depresivă. În trecut am atras atenția asupra unei remarcabile descrieri a experienței, oferită de H. Poincarfi în a sa *Știință și metodă*. Evenimentul descris în 13 ar servi foarte bine drept ilustrare a unei „evoluții”. Din materialul produs de pacient emerge, precum modelul dintr-un caleidoscop, o configurație ce pare să aparțină nu numai situației în desfășurare,

ci și unui număr de alte situații care înainte nu au fost văzute ca fiind relaționate și pe care ea nu era destinată să le relaționeze. Acum nu consider modelul „geamănului imaginar” de o importanță centrală, deși am găsit că era edificator în unele aspecte ale psihanalizei copilului singur la părinți. Este așadar un aspect particular foarte frecvent al tiparului mai general de clivaj. Pacientul despre care am scris născut singur la părinți, dar circumstanțele l-au făcut să se simtă astfel. La începutul carierei, orice psihanalist trebuie să își afle propriul drum și să ajungă, prin experiențele propriilor sale realizări, la teorii bine cunoscute și bine stabilite. Este clar că realizarea care se apropie de o teorie pe care a învățat-o va fi unică și îi va putea deci părea atât de diferită de formularea teoretică, încât să nu reușească să recunoască importanța uneia pentru cealaltă. Dimpotrivă, el va sili teoria să corespundă realizării, fiind dificil pentru un analist fără experiență să tolereze îndoiala și nesiguranța pe care își închipuie că nu le-ar avea un psihanalist mai experimentat – al său, probabil. Nu poate fi nimic rău în erori de acest tip: „descoperiri originale” a ceva deja bine cunoscut și „confirmarea” acolo unde, dacă fierul clinic ar fi matur, n-ar fi găsită. Aplicarea prematură a unei teorii, devenită un obicei, ajunge să fie fatală pentru o analiză bună, prin plasarea unui ecran între psihanalist și exercițiul intuiției sale pe un material recent și, deci, necunoscut.

Visul raportat în 15 era, cred, pe cât de apropiat posibil de cuvintele pacientului. Am

presupus că era corect raportat de către pacient, corect memorat de mine și corect transcris. Nu există niciun dubiu că această presuposiție convenabilă este falsă. Rămâne, în orice caz, convenabilă și majoritatea psihanalistilor, inclusiv cu, vor continua să o folosească, în majoritatea situațiilor. Nu este întotdeauna convenabilă, și curentele modeme în practica psihanalitică vor face iluzorii aceste presuposiții, dacă nu sunt folosite cu circumspecție. Eșecul în recunoașterea momentului când presuposiția știută a fi falsă, dar convenabilă, devine inconvenabilă și falsă, conduce la devierea practicii psihanalitice într-un impas unde tronează pesimismul. Fac din acest vis și din rapoartele din 16 - 20 subiectul comentariului critic nu pentru că mi-am schimbat vederea asupra valorii celor raportate atunci, ci pentru că am acum nevoie de un punct de pornire în expunerea a ceva diferit.

Așa cum mi-i „reamintesc” visul a fost raportat în termeni vii de către pacient. Când l-am citit, raportul dat în 15 evoca episodul într-o manieră atât de „completă”, încât consider că a fost „dezvoltat” în cursul citirii propriu-zise. Aceasta se află în contrast cu experiența mea de recitare a lui 16. Mi-am „amintit” că, în opinia mea, interpretarea era bună - „corectă”, cum aș fi spus atunci, și îmi „amintesc” că la momentul respectiv experiența visului și interpretării avea aceeași calitate de convingătoare autenticitate. Descrierea din 16 nu poate „dezvolta” acum nimic din ce poate descrierea din 15. Nu atribui aceasta calității inferioare a lui 16, ci unei diferențe de

natură a celor două formulări. Mă văd incapabil de a fi impresionat fie de adevărul, fie de falsitatea interpretării. Simt acum cu 15 o „evoluție” a experienței emoționale; cu 16 nu simt nimic altceva decât o senzație de manipulare a teoriilor.

Participând la experiența raportată știu că nu a fost nicio falsificare deliberată sau conștientă. Știu, de asemenea, că formularea lui 16 era reușită, în măsura în care putea fi astfel cu toate eforturile. Chiar dacă ținem cont de deficiențele capacității descriptive personale, problema reală constă în lipsa aparatului de înregistrare a acelei părți a ședinței psihanalitice care merită să fie înregistrată. Din când în când, ca și în 15, ceva poate fi înregistrat destul de exact pentru a conduce la o evoluție, când cititor e psihanalistul. Literatura psihanalitică e înțeleasă de unul sau cel mult doi cititori ai unui articol: pentru ceilalți trebuie să fie cea mai plictisitoare și mai lipsită de satisfacții literatură științifică.

Dacă această monotonie ar reprezenta în mod adecvat realizarea, rezultatul nu ar fi prea rău: psihanaliza ar dispărea, împreună cu alte pseudo-științe; pentru oricine a simțit realitatea psihanalizei, este tragică posibilitatea unei asemenea consecințe a comunicării defectuoase. Formulările din 17 sunt diferite de cele din 15 sau 16. Ele sunt descrieri de evenimente în termeni care sunt și ei formulări *teoretice* ale intuițiilor psihanalitice. De aceea, ele sunt eliminate din lumea emoțională, în vreme ce descrierea visului din 15 nu este, deși, cum am văzut deja, descrierea din 15 este descrierea unei descrieri a

celor petrecute, după cum pretinde pacientul, în timp ce dormea. Ca psihanalist practicant tolerez pentru moment îndoielile cărora le dă naștere o asemenea temelie nesigură. Consider că nesiguranța ar trebui observată, dar ignorată până când devine relevantă. Diferența specifică dintre 15 și 16, și apoi, din nou, dintre 17 și 19 - 20, nu mai este tolerabilă, natura muncii prezente nepermițând lipsa de diferențiere între realizări atât de deosebite una de cealaltă. Formularea verbală a visului din 15 este relativ tolerabilă; ea poate fi considerată o categorie C3. Descrierile din 16 - 20 nu pot fi considerate astfel. Ele nu au directetea care dă viață descrierii din 15. La fel, exceptând câțiva psihanalști, pentru ceilalți formulările din 17 devin enunțuri teoretice ale intuițiilor psihanalitice vulnerabile, lipsindu-le „corpul”, pe de o parte, și rigoarea științifică, pe de cealaltă.

Tolerez formulările din 17 - 18 pentru că nu văd cum aş putea produce ceva mai bun, valoarea lor fiind, totuși, discutabilă pentru că ceea ce comunică ele nu merită probabil efortul; invers, ceea ce ar fi meritat să fie comunicat în experiența psihanalitică poate să nu fi fost de fapt comunicat.

Poziția mea relativ la 18 - 20 este mai complexă. Nu pot să spun acum în ce măsură expunerea dată reprezintă cu exactitate cele petrecute. Știu că o face intenționat, dar experiența psihanalitică demonstrează cât de înșelătoare poate fi o asemenea impresie. Mai mult, de atunci am învățat că psihanaliza nu poate preveni nicidecum psihanalistul împotriva

distorsionării materialului său, deși distorsiunile lui pot deveni mai puțin brute decât erau înainte de a fi fost psihanalizat.

Expunerea din 18 - 20 este, prin urmare, expusă distorsiunilor inconștiente de tipul celor prezente în psihanaliză. De altminteri, expunerea e scrisă cu scopul conștient de a „ilustra” ce credeam că învățasem din experiența psihanalitică. Nevoia de „ilustrare” a temei presupune o încercare de reprezentare a experienței în termenii unei experiențe senzoriale - termeni din categoria C. Descrierea cu asemenea termeni evită pericolul manipulării jargonului, dar introduce pericole la fel de mari, dar diferite. Mai întâi, termenii nu pot reprezenta experiența psihanalitică pe care tind să o exprime, ci numai o experiență senzorială de natură fizică, analoagă probabil experienței mentale. 18 - 20 sunt transformarea (vezi W.R. Bion, *Transformări*) unei experiențe emoționale într-o formulare verbală a unei experiențe senzoriale (19). Aceasta este poate cea mai directă reprezentare din 18 - 20.

O investigare riguroasă ar fi irelevantă în experiența curentă extrapsihanalitică; ar putea fi irelevantă chiar în majoritatea experiențelor psihanalitice. Este irelevantă pentru pacientul din această lucrare, nu însă și în psihanaliza pacienților cărora le este tulburat simțul realității. Este esențial să se înțeleagă natura formulărilor date de psihanalist propriei sale experiențe a realității, pentru a ajunge la sesizarea naturii formulărilor date de pacient experienței *sale* a

realității, comparându-le astfel pe cele două.

Descrierea din ultimul paragraf în 19 sau 20 integral nu clarifică în ce măsură trebuie să presupună cititorul că relatarea e o intuiție directă a ceea ce a avut loc și în ce măsură este raportarea unor fapte selectate. În psihanaliză, printr-un proces de diferențiere și selecție, psihanalistul trebuie să discearnă tiparul de bază. Dacă relatarea dată e o selecție făcută pentru a demonstra corectitudinea selecției originale, atunci ea este evident lipsită de valoare. Numai atunci când experiența originală este o evoluție autentică a realizării psihanalitice, adică o consolidare a coerenței printr-un „eveniment decisiv”, diferențierea și selecția conștiente ale scriitorului se justifică drept metodă de reprezentare.

În pasajele discutate există o nouă complicație, deoarece a trebuit să falsific în mod deliberat datele biografice pentru a împiedica identificarea pacientului. Am reușit să o fac însă cu prețul unei expunerii pe care acum o consider lipsită de valoare, neizbutind să reprezinte realizarea pe care doream să o descriu și să explice interpretările date.

Aceasta duce la dilema comunicării psihanalitice așa cum e în prezent. Raportul unei sedințe (adică realizarea psihanalitică)

trebuie să fie o încurcătură literal confuză și incomprehensibilă sau o reprezentare artistică. Peima nu are de ce să ne rețină aten (ia; cealaltă, presupunând că psihanalistul posedă, într-o măsură suficientă, capacitatea artistică, este o

transformare în cursul căreia au loc selecția și ordonarea materialului. Interpretarea dată pacientului este o formulare menită să dezvăluie un tipar de bază. Astfel, ea este similară formulei matematice descrise de Poincaré (*Știință și metodă*, p. 30). Totodată, seamănă în unele aspecte cu tabloul, sculptura sau compoziția muzicală. În cel mai bun caz, aceste formulări ne fac să percepem coerența și ordinea acolo unde, în lipsa lor, ar domni incoerența și dezordinea.

În practică, psihanalistul nu se bucură de condițiile, chiar având calitățile, creației artistice – decât dacă presupunem că o capacitate de exprimare conversațională poate fi sublimată într-o artă efemeră minoră. El poate oricum să dea o interpretare, iar pacientul are experiența realizării pe care tinde să o aproximeze interpretarea. Când se ajunge la comunicarea psihanalitică. Cititorul nu are avantajul pacientului. El se bizuie pe transformarea verbală a experienței psihanalitice formulate de către aceeași persoană cu cea care a făcut interpretarea în termenii aleși de el pentru raport.

Nu e nimic nou în critica adusă lipsei de obiectivitate din psihanaliză, și îmi propun să nu pierd timpul cu ea. Vreau să iau în discuție câteva din defectele combinate în mare sub acest titlu, în special diferența presupusă a exista între penultimul și ultimul paragraf din 20. Pentru mine, pretinsa raportare a celor petrecute este pur și simplu o formulare Ci nu prea reușită. Cu alte cuvinte, pentru a oferi cititorului o impresie despre experiența psihanalitică (care de fapt nu

poate fi văzută, mirosită sau auzită, pentru că nimeni nu ascultă la ceea ce crede *pacientul* că spune), este dată o descriere în termenii a ceva ce *poate* fi simțit pe cale senzorială. Nu e de mirare că interpretările psihanalitice dau naștere la scepticism.

Deși nimeni nu pune la îndoială realitatea, să zicem, a anxietății, ea nu poate fi percepută senzorial. În practica psihanalitică nu suntem preocupați de exemple simple, nici măcar de anxietate; doi psihanalisti ar putea fi în dezacord în ce privește dezlănțuirea unei ostilități fățișe și intense din partea pacientului față de analist. Unul din cei doi ar putea presupune că pacientul e animat de anxietate, iar celălalt – că manifestă frică persecutorie. Cu cât psihanalistul are mai multă experiență și sensibilitate, cu atât mai curând percepe fenomenele nesenzoriale care i se desfășoară înaintea. Psihanalistul ar trebui, deci, să poată comunica ceva inefabil în prezent. Ar trebui să existe o diferență semnificativă între formularea celor pretins întâmplare și formularea care tinde să fie o interpretare. Care este diferența semnificativă între cele exprimate în ședința psihanalitică și respectiva interpretare făcută de psihanalist?

Discuția psihanalitică ia adesea forma unei comparații între afirmațiile pacientului și interpretările care au fost, sau ar fi putut fi, date. Pe lângă obiecția că o comunicare psihanalitică presupune două versiuni ale aceleiași observații, discuția psihanalitică demonstrează futilitatea comparării asociației cu interpretarea. Numărul

asociațiilor, precum și cel al interpretărilor, este infinit; prin urmare, e de prisos să discutăm combinarea unora cu celelalte. Aceasta este situația, mai ales când raportarea asociațiilor pacientului este o transformare, transformarea introducând o distorsiune de care nu se poate ține seama. Distorsiunea datorată personalității psihanalistului nu rămâne constantă între asociația pe care o raportează și interpretarea pe care o dă asociației raportate. Un student va raporta uneori o interpretare care nu i-a spus pacientului aproape nimic în plus față de asociație. Într-un asemenea caz, psihanalistii consideră interpretarea defectuoasă. Există situații când interpretarea poate fi aproape identică verbal cu asociația; totuși, interpretarea produce o schimbare semnificativă, deoarece analistul își folosește autoritatea pentru confirmarea declarației pacientului. Așadar, este evident că nu se poate afla nimic prin compararea asociației cu interpretarea, dar se poate afla ceva prin compararea naturii interpretării cu natura asociației.

În 22, un vis este raportat parțial. Există două cuvinte, „furie” și „teroare”, care, presupunându-se că sunt corect folosite, reprezintă și comunică realitatea psihică. Contextul în care sunt folosite este transformarea verbală a unei imagini vizuale. Împreună, termenii „furie” și „teroare” evocă o impresie puternică și acum, când nu îmi amintesc deloc cu precizie situația raportată. În această privință ea diferă de interpretarea raportată, care nu produce un impact; nu mă, îndoiesc că ea

reprezintă cele spuse de mine la timpul respectiv. Absența impactului nu este surprinzătoare de vreme ce interpretarea e formulată în termeni *F6*, adică formularea este sofisticată și intenționată ca un corespondent mental al acțiunii. Este în intenție o acțiune psihanalitică. Ca toate categoriile *F*, *G*, *H*, ea tinde să treacă drept o manipulare lipsită de sens a termenilor tehnici. Acesta este chiar pericolul de anticipat cu toate formulările sofisticate. E adus în lumină de raportul din 31; interpretările lasă senzația unor manipulări verbale fără înțeles. Le lipsește permanența sau durabilitatea; în această privință ele diferă de enunțurile estetice.

Această problemă nu își face apariția în momentul interpretării, deoarece psihanalistul și analizândul sunt capabili să compare interpretarea cu faptele interpretate. Cititorul nu poate face aceasta, iar descrierile, oricât de substanțiale și de abile, și interpretările, oricât de izbutite, nu pot suplini lipsa, în cititor, a unei experiențe la care ele se referă.

Dacă situația psihanalitică este corect intuită – prefer, în loc de „observată” sau „văzută”, acest termen care nu atrage după sine penumbra de asociații senzoriale – psihanalistul descoperă că limba conversațională curentă este. Surprinzător, adecvată interpretării sale. Mai mult, situația emoțională servește la a face comprehensibilă interpretarea pentru analizând, deși rezistențele reclamă unele modificări ale acestei expuneri, prea optimiste.

Drept rezultat, interpretările, care la lectură

nu par să îndeplinească un scop util, sunt eficace în practică. Datorită importanței înțelegerii procesului de progresare psihanalitică, eșecul comunicării experienței senzoriale pe care se bazează interpretarea este un neajuns major al practicii psihanalitice, în stadiul ei actual de dezvoltare. Presupun că ea mai contribuie și la o controversă oarecum gratuită în jurul teoriilor psihanalitice; discuția ar trebui să elucideze *care* teorie anume s-a potrivit *cărei* realizări. În realitate, nu face asta, deoarece nimeni nu a descoperit o metodă prin care relația vitală între interpretare și realizare să poată fi comunicată. Nici chiar în 15 nu am reușit să clarific această relație, mai puțin încă în 23 - 24.

26 raportează o considerabilă mobilitate psihanalitică. Pacientul se poate mișca cu o oarecare libertate dintr-o stare psihică în alta. Acum nu îmi amintesc să se fi simțit „mai bine” sau să fi folosit termeni care exprimă ideea de „cură” sau „boală”, ceea ce era în conformitate cu atitudinea lui pesimistă și sceptică, însă nu lăsa impresia că depresia ar fi fost centrală. Chiar atunci când vorbea despre recomandarea studenților să-i unor medici, nu părea deloc preocupat în mod conștient de sine ca pacient care necesita tratament. El trebuie să fi fost cel dintâi pacient care m-a făcut să mă întreb dacă ideea tratamentului nu introducea un criteriu irelevant în psihanaliză. Acest aspect va fi examinat din nou. Pentru moment, aş atrage atenția asupra contrastului prezentat de rigiditatea morală semnalată la începutul lui 27,

față de mobilitatea psihanalitică. Voi avea mai multe de spus, în acest sens, mai târziu.

La sfârșitul lui 29 și începutul lui 31 descriu problema cauzată de o creștere a intuiției. Atunci nu știam cât de comună e această experiență. În lucrarea mea asupra diferențierii personalității psihotice de cea nepsihotică, există o ilustrare a unei creșteri a intuiției și a pericolului reprezentat pentru progresul individului. Tema este dezvoltată mai deplin în lucrarea *Schimbarea catastrofică* (1966), în care o explic ca parte a unei configurații de largă răspândire. Voi abandona acel subiect pentru a discuta folosirea unor termeni ca „larg răspândit” și „superficial”, prezenți în paragraful al doilea din 30, precum și a altora preluați din realizările spațiului fizic.

Modelul mental al lui Freud, ilustrat printr-o diagramă, se bazează pe realizarea spațiului fizic; reprezentarea lineară ajută la întărirea impresiei care, până acum, nu a părut să creeze niciun fel de dificultăți. Ea a facilitat înțelegerea și descoperirea; aceste modele sunt însă inadecvate pentru investigarea pacienților a căror orientare în spațiu și timp este defectuoasă. Pentru înțelegerea unor asemenea defecte, modelul folosit în investigarea lor trebuie să fie unul față de care realizarea se apropie mai mult decât față de modelul folosit de pacient. Dacă un pacient se comporta ca și când nu și-ar da seama de trecerea timpului, iar analistul consideră importante trecerea timpului și neputința observării ei, el trebuie să știe cum a apărut diferența de atitudine. De ce își dă seama analistul și cum

ajunge el să-și dea seama de acel lucru? „Trece timpul”? Dacă nu, atunci e absurd să te aștepti ca pacientul să-și dea seama de „trecerea” lui. Majoritatea oamenilor acceptă existența unei realizări reprezentate în mod adecvat de formularea „timpul trece”, un pacient psihotic poate însă să nu-și dea seama de acea realizare și să nu se comporte de parcă formularea „timpul trece” ar reprezenta o realizare de o oarecare importanță. Ar accepta el semnificația realizării dacă aceasta ar fi reprezentată printr-o formulare cât mai exactă? Așa cum se prezintă, afirmația „timpul trece” conține cuvinte derivate din experiența senzorială și este o formulare verbală în termeni de categoria C. Pe scurt, pentru a sesiza natura devierii de la normal a pacientului e necesar să avem o idee despre „normal”, care în sine nu este o deviere de la normal. Psihanaliștii vorbesc adesea de fazele „timpurii” și „târzii” ale vieții mentale. Discutarea episoadelor din analiză, ca reactivări sau reminiscențe ale experiențelor la sân, implică conștientizarea unei dimensiuni temporale și sugerează că un element importun oarecare are o istorie. Uneori aceasta se poate exprima ca având un „loc” în timp sau un „loc” în spațiu – „superficial” sau „profund”. Am preluat această convenție, însă apare o problemă în momentul în care analistul găsește, așa cum am găsit și eu, motive să se îndoiască de utilitatea interpretării bazate pe acceptarea convenției. Complexitatea problemei sporește când, în cazul anumitor pacienți, devine clar că măsurătorile în timp și spațiu se bazează pe realitatea psihică, și

nu pe spațiul sau timpul fizic, ambele măsurători fiind posibile doar pentru pacientul care poate tolera frustrarea, ambele provenind din măsuri de frustrare. Dacă personalitatea lui nu poate tolera frustrarea, el împiedică dezvoltarea oricărui aparat care să o măsoare. Astfel, aflându-se la atâția ani, sau la atâtea minute de obiectivul său, el anihilează spațiul sau timpul care îi măsoară frustrarea. Dezvoltarea unor uzaje mai sofisticate ale acestei capacități, precum măsurarea timpului sau spațiului, este prejudiciată. Se creează o stare în care pacientul nu e dispus să admită că își dă scama de distanță sau timp. În mod obișnuit aceasta nu contează, dar când am început să cercetez natura memoriei și a dorinței, am realizat că ele erau „trecutul” și „prezentul” aceluiași impuls. Dându-mi seama de acest fapt, m-am îndreptat către reorganizarea ideilor pe o suprafață care e prea întinsă pentru confortul mental al psihanalistului. Experiența lui este, în acest sens, similară celei a pacientului (vezi 32).

Progresul în psihanaliză este inseparabil de necesitatea tolerării aspectelor dureroase care însoțesc progresul mental, dintre care revelarea imediată a unor noi probleme necesitând soluționare nu este cea mai neînsemnată. Importanța acestuia va deveni cu timpul mai clară; chiar psihanalistii par să nu realizeze natura expansivă a universului lor, în parte, pentru că atunci când participantul este strâns preocupat de detaliu, îi este greu să-și dea seama de mișcare, în parte, pentru că implicațiile psihanalizei nu pot fi înțelese în stadiul acesta timpuriu al istoriei sale.

Dacă suspiciunea mea în acest sens e adevărată de experiență, dificultățile pacientului schițate în 32, atunci când se produce dezvoltare, devin semnificative atât pentru analizând, cât și pentru analist. Problema i se prezintă psihanalistului pentru soluționare nu numai din partea analizândului, dar și a psihanalistului însuși, ca parte a propriei sale dezvoltări. El poate să evolueze concomitent cu pacientul său, sau independent, sau deloc. În cazul din urmă viitorul practicii sale sau al lui însuși nu aparține psihanalizei, deși poate să facă parte din sociologia practicii psihanalitice.

3. NOTE ASUPRA TEORIEI SCHIZOFRENIEI

Introducere

34. Voi discuta în această lucrare folosirea limbajului de către pacientul schizofrenic și implicațiile ei pentru teoria și practica analizei. Voi recunoaște mai jos îndatorirea pe care o am față de alți psihanalști și voi discuta acele vederi care au contribuit la evoluția concepțiilor mele. Pentru o mai bună înțelegere a celor ce urmează, trebuie să precizez, de la bun început, că opera Melaniei Klein, chiar atunci când nu o menționez în mod explicit, ocupă un loc central în concepția mea asupra teoriei psihanalitice a schizofreniei. Presupun că semnificațiile unor termeni precum „identificare proiectivă”, „poziție paranoidă” și „poziție depresivă” sunt cunoscute din scrierile ei.

Abordând subiectul la nivelul gândului verbal, risc să dau impresia că minimalizez natura relațiilor schizofrenicului cu obiectul. Trebuie, așadar, să accentuez încă de la început punctul de

vedere după care specificitatea relațiilor schizofrenicului cu obiectul reprezintă trăsătura predominantă a schizofreniei. Importanța aspectelor pe care doresc să le discut rezida în capacitatea lor de iluminare a naturii acestei relații cu obiectul, în raport cu care ele îndeplinesc o funcție subordonată.

35. Materialul provine din analiza a șase pacienți; doi erau toxicomani, unul suferea de o stare anxioasă obsesivă cu trăsături schizoide, iar ceilalți trei erau schizofrenici suferind de halucinații distinct evidente de-a lungul unei perioade de patru sau cinci ani de analiză. Dintre aceștia trei, doi manifestau trăsături pronunțat paranoice, iar celălalt depresive. Nu m-am îndepărtat de la procedura psihanalitică pe care o folosesc de obicei cu nevroticii, fiind întotdeauna atent să abordez atât aspectele pozitive, cât și cele negative ale transferului.

Natura observației pe care se bazează interpretările

Materialul pe care se bazează interpretările trebuie căutat în contratransfer, în acțiunile și în asociațiile libere ale pacientului. Deși contratransferul trebuie să joace un rol important în analiza schizofrenicului, nu îmi propun să-l discut acum. Voi trece, prin urmare, la asociațiile libere ale pacientului.

Limbajul schizofrenic

36. Limbajul este folosit de schizofrenic în trei feluri: ca mijloc de acțiune, ca metodă de comunicare și ca modalitate de gândire. Pacientul își va manifesta preferința pentru acțiune în

situații în care alți pacienți și-ar da seama că gândirea ar fi necesară; astfel, pentru a înțelege cum se poate cânta la pian, el va dori să cunoască mecanismul, dezmembrându-l. În mod reciproc, dacă are o problemă a cărei soluționare depinde de acțiune, ca aceea când, aflându-se într-un loc, simte că ar trebui să fie în altul, el va recurge la gândire – gândirea atotputernică – drept mijloc propriu de deplasare.

Pentru moment, vreau să mă refer numai la folosirea limbajului ca mijloc de acțiune în scopul fie al clivării obiectului, fie al identificării proiective. Se poate observa că acesta este doar unul din aspectele relațiilor schizofrenicului cu obiectul, prin care el fie clivează, fie intră în sau iese din obiectele sale.

Primul dintre aceste moduri de utilizare a limbajului servește identificării proiective. În acest sens, pacientul folosește cuvintele drept lucruri sau drept părți clivate din el însuși pe care le împinge forțat în analist. O consecință tipică a acestui comportament este reprezentată de experiența unui pacient care simțea că intra înăuntrul meu la începutul fiecărei ședințe și trebuia eliberat la sfârșit.

Limbajul este întrebuințat apoi ca mijloc de acțiune în scopul clivării obiectului. Aceasta are loc atunci când analistul e identificat cu persecutorii interni, dar, de asemenea, și în alte situații. Iată două exemple relevante: pacientul intră în încăpere, îmi strânge mâna cu căldură și, privindu-mă pătrunzător în ochi, îmi spune: „Cred că ședințele nu sunt lungi, însă ele mă împiedică

întotdeauna să ies în lume”. Știu din experiența anterioară că acest pacient este nemulțumit de numărul redus al ședințelor și de faptul că ele coincid cu timpul lui liber. El avea de gând să mă cliveze, determinându-mă să-i ofer, simultan, două interpretări opuse. Am observat aceasta la asociația care a urmat, când a spus: „Cum știe liftul ce trebuie să facă când apăs două butoane în același timp?”

Cel de-al doilea exemplu, pe care nu îl pot aborda aici, are implicații mai largi, relevante pentru cazul insomniei. Tehnica se bazează pe combinarea a doua elemente incompatibile, astfel: pacientul vorbește într-o manieră somnoroasă, calculată să-l adoarmă pe analist. În același timp, el îi stârnește curiozitatea. Scopul este, din nou, de a-l cliva pe analistul care nu este lăsat să adoarmă și nici să rămână treaz.

Cititorul va observa un al treilea exemplu de clivaj, atunci când voi descrie un pacient care clivează chiar discursul analistului.

Trec acum la dificultățile întâmpinate de pacientul schizofrenic în utilizarea limbajului ca instrument de gândire. Lată o secvență de asociații reunite într-o singură ședință, dar separate una de alta prin intervale de patru sau cinci minute.

„Am o problemă pe care încerc s-o rezolv.
Copil fiind, n-am avut niciodată fantasmе.
Știam că nu sunt fapte, așa că le-am oprit.
În prezent nu am vise”.

Apoi, după o pauză, a continuat cu o voce dezorientată: „Acum nu știu ce să fac”. I-am

răspuns: „Aproximativ cu un an în urmă spuneți că nu aveți o gândire bună. Acum spuneți că încercați să rezolvați o problemă – în mod evident ceva la care vă gândiți”.

Pacient: Da.

Analist: Dar, pe urmă, ați continuat cu gândul că în copilărie erați lipsit de fantasmе; apoi că n-aveți vise; ați spus apoi că nu știați ce să faceți. Aceasta trebuie să însemne că fără fantasmе și fără vise nu aveți mijloacele necesare soluționării problemei dvs.

Pacientul a încuviințat și a început să vorbească apoi cu o vizibilă detașare și coerență. Referirea la inhibiția fantasmеi, ca un serios neajuns stânjenind dezvoltarea, validează observațiile Melaniei Klein (1931) din lucrarea o *contribuție la teoria inhibiției intelectuale*.

37. Clivajul serios al schizofrenicului conduce la dificultăți în asimilarea folosirii simbolurilor și, ulterior, a substantivelor și verbelor. E necesar să i se demonstreze pacientului prezența acestor dificultăți pe măsura ivirii lor. Voi exemplifica acest aspect pe scurt. Capacitatea de a forma simboluri depinde de:

1. Aptitudinea de intuire a obiectelor întregi;
2. Abandonarea poziției paranoid-schizoide cu clivajul corespunzător;
3. Împreunarea părților clivate și intrarea în poziția depresivă.

Dacă gândirea verbală depinde de capacitatea de integrare, atunci nu ne surprinde că apariția ei se leagă strâns de poziția depresivă care, după cum remarca Melanie Klein, reprezintă

o fază de sinteză și integrare activă. Gândirea verbală intensifică conștientizarea realității psihice și, deci, a depresiei care este legată cu distrugerea și pierderea obiectelor bune. Prezența persecutorilor interni, un alt aspect al realității psihice, este și ea recunoscută, mai degrabă, în mod inconștient. Pacientul simte că asocierea dintre poziția depresivă și gândirea verbală este una de cauză și efect, o convingere bazată pe capacitatea lui de integrare, iar aceasta adaugă un temei în plus urii sale, deja bine evidențiate, împotriva analizei care, la urma urmei, este un tratament ce folosește gândirea verbală în soluționarea problemelor mentale.

În acest stadiu pacientului i se face teamă de analist, chiar dacă admite că se simte mai bine; însă, și aici este miezul problemei noastre, el arată că oricare semn de anxietate nu are absolut nimic de-a face cu capacitatea sa embrionară de gândire verbală. El simte că e mai bine să lase aceasta în grija analistului; sau, mai corect spus, îl simte pe analist mai capabil de a o adăposti înăuntrul său fără pericole. Pacientul dă impresia că, în ciuda întregii munci depuse, a revenit la folosirea limbajului atribuită de mine schizofrenicului înaintea analizei. El posedă acum o mai mare capacitate verbală, dar preferă s-o folosească la fel ca atunci când aceasta era mai puțin dezvoltată.

Dezvoltarea capacității de gândire verbală

38. Pentru a explica de ce pacientul este atât de rezervat față de exploatarea capacității sale verbale sporite, trebuie să relatez o experiență

deosebit de semnificativă pentru el. Un pacient mi-a spus: „Sunt prizonierul psihanalizei”; iar mai târziu, în aceeași ședință, a adăugat: „Nu mă pot elibera”. Peste câteva luni a spus: „Nu pot să scap de starea mea mentală”. Un material imens, acumulat într-o perioadă de trei ani și pe care citatele nu îl pot reprezenta îndeostul, crea impresia că pacientul nu se simțea în stare să evadeze dintr-o închisoare identificată uneori cu mine, alteori cu psihanaliza și alteori cu starea lui mentală ce consta dintr-o luptă perpetuă cu propriile lui obiecte interne. El manifesta, așadar, aceeași atitudine față de gândirea verbală ca și față de puterea și înzestrarea lui pentru muncă și dragoste.

Chestiunea pe care vreau să v-o adresez poate fi cel mai bine înțeleasă ca ținând de momentul când pacientul simte că a evadat. Evadarea pare să contribuie la sentimentul pacientului, uneori exprimat, că se simte mai bine, dar că prețul a fost enorm. Același pacient a spus: „Mi-am pierdut cuvintele”, înțelegând, conform analizei ulterioare, că în cursul procesului s-a pierdut instrumentul cu care izbutise să evadeze. Au dispărut cuvintele, capacitatea de a gândi verbal, care este esențială pentru progresul ulterior. Se pare, prin extensiune, că el crede că a ajuns în acest impas drept pedeapsă pentru plăsmuirea acestui instrument de gândire verbală și folosirea lui în scopul evadării din starea lui mentală anterioară; de aici reticența pe care am descris-o în utilizarea de către pacient a capacității verbale sporite într-alt mod decât ca

mijloc de acțiune.

Tată acum un exemplu, cel pe care l-am promis când am discutat despre dificultatea cauzată de clivajul schizofrenic în formarea simbolurilor și în dezvoltarea gândirii verbale. Pacientul era un schizofrenic care fusese supus analizei timp de cinci ani; voi descrie punctele esențiale a doua ședințe. Trebuie să previn că spațiul restrâns m-a obligat să recurg la omiterea a numeroase formulări repetitive care ar fi atenuat sărăcia interpretărilor așa cum le înfățișez aici. Consider că interpretarea trebuie să fie făcută într-un limbaj simplu, precis și matur.

Pacient: Mi-am smuls o minusculă bucățică de piele de pe față și mă simt cam gol înăuntru.

Analist: Minuscula bucățică de piele este penisul pe care vi l-ați smuls, și toate măruntaiele v-au ieșit cu el.

Pacient: Nu înțeleg... penis... numai silabe.

Analist: Ați clivat cuvântul „penis” în silabe și acum nu mai are niciun înțeles.

Pacient: Nu știu ce înseamnă, dar vreau să spun: „Dacă nu pot silabisii, nu pot gândi”.

Analist: Silabele s-au clivat acum în litere; nu puteți silabisii, adică nu puteți pune literele laolaltă pentru a alcătui cuvinte. Deci, acum, nu puteți gândi.

Pacientul a început ședința din ziua următoare cu asociații disparate și s-a plâns că nu putea să gândească. L-am reamintit ședința pe care am descris-o, după care și-a redobândit vorbirea corectă, astfel:

Pacient: Nu găsesc nicio mâncare

interesantă.

Analist: Simțiți că toată a fost mâncată.

Pacient: Nu mă simt în stare să-mi cumpăr haine noi și șosetele mele sunt toate numai găuri.

Analist: Smulgând ieri minusculele bucăți de piele v-ați rănit atât de grav, încât nici nu vă mai puteți cumpăra haine; sunteți gol și n-aveți cu ce să le cumpărați.

Pacient: Deși sunt pline de găuri, mă strâng la picior.

Analist: Nu ați smuls numai penisul dvs., ci și pe al meu. Așa că, astăzi, nu e nicio mâncare interesantă – numai o gaură, o șosetă. Dar chiar și această șosetă e toată numai găuri făcute de dvs. Și care s-au unit pentru a vă strânge sau înghiți și răni piciorul.

Sedința aceasta și cele care au urmat confirmau că el simțea că și-a mâncat penisul, nemaexistând în consecință nicio mâncare interesantă, numai o gaură. Această gaură îl persecuta însă atât de grozav, încât a fost nevoie să o cliveze. Ca rezultat al clivajului, gaura a devenit o masă de găuri unite toate într-un efort persecutant de jenare a piciorului său.

Obiceiurile pacientului de a se scociorî au fost supuse muncii analitice timp de aproape trei ani. La început îl preocupau doar coșurile, și voi cita din descrierea lui Freud a trei cazuri, unul observat de Freud însuși, altul de dr. Tausk, iar al treilea de R. Reitler, care sunt asemănătoare cu cel al pacientului meu. Extrasele sunt din lucrarea *Inconștientul* (1915).

Freud scria despre pacientul său:

...s-a lăsat sustras din fluxul vieții, cu toate atracțiile ei, pe motivul condiției bolnăvicioase a tenului său. El afirmă că are coșuri și că există în pielea sa găuri adânci pe care toată lumea le observă.

Freud scrie că pacientul încerca să-și supună muncii complexul de castrare la nivel cutanat și credea că în locul unde scăpase de coș rămânea o cavitate adâncă. Freud continuă:

Cavitatea care apare drept consecință a actului său vinovat este organul genital feminin, reprezentând realizarea amenințării castrării (sau fantasma care o reprezintă) declanșată de onanism.

Freud compară asemenea structuri substitutive cu cele ale istericului, spunând:

O gaură minuscule, precum un por al pielii, cu greu va putea fi folosită de isteric ca simbolul vaginai pe care îl va compara, de altfel, cu oricare obiect imaginabil, capabil să delimiteze un spațiu. Pe lângă aceasta, ar trebui să înțelegem că multitudinea acestor cavități minuscule îi împiedică să le folosească drept substitut al organului genital feminin.

Despre cazul lui Tausk, el afirmă:

...trăgându-și ciorapii, a fost deranjat de ideea că trebuie să despartă ochiurile împletite, adică găurile, și fiecare gaură era pentru el un simbol al orificiului genital feminin.

Referindu-se la cazul lui Reitler, el spune că pacientul:

...a găsit explicația penisului său simbolizat de picior; încălțarea ciorapului constituia un act

onanist.

Voi reveni acum la pacientul meu, în timpul unei ședințe desfășurate zece zile mai târziu. O lacrimă îi izvora din ochi; a spus, cu un amestec de disperare și reproș: „Acum lacrimile îmi curg din urechi”.

Mă familiarizasem deja cu acest tip de asociație, deci îmi puteam da seama că mi se oferea o problemă pentru interpretare. De data aceasta, pacientul, care fusese supus analizei timp de vreo șase ani, reușea să se identifice cu analistul într-un grad destul de ridicat și mi-a acordat ajutorul său. Nu voi încerca o descriere a pașilor care au dus la elaborarea concluziilor înfățișate aici. Pașii au fost trudnici și lenți, deși dispuneam de materialul a șase ani de analiză pentru a-l prelucra.

S-a dovedit că regreta o gală ce îi confirmase suspiciunea că i se diminua capacitatea de comunicare verbală. Așadar, afirmația sa constituia încă o dovadă a incapacității sale de a pune corect laolaltă cuvintele.

După discutarea acestor aspecte a rezultat că lacrimile erau lucruri foarte rele, că el simțea o mare asemănare între lacrimile izvorâte din urechi și transpirația provenită din găurile rezultate, după cum își închipuia el, în urma îndepărtării de pe suprafața pielii a unor coșuri sau altor asemenea formațiuni. Sentimentul său^{ul} ață de lacrimile din urechi era perceput la fel cu cel față de urina provenită din gaura rezultată în urma smulgerii penisului cuiva; urina rea se mai scurgea încă.

Când mi-a spus că nu putea asculta prea atent, am profitat de această remarcă pentru a-i reaminti că, în orice caz, trebuia să aflăm de ce în acea conjunctură mintea lui era plină de asemenea gânduri; i-am sugerat că, probabil, își simțea auzul ca fiind defectuos deoarece lacrimile ce i se revărsau din urechi îmi înecau cuvintele.

Când a devenit evident că nu mai izbutea nici să vorbească prea bine, am sugerat că aceasta se datora faptului că își simțea limba smulsă și că a rămas cu o singură ureche.

A urmat ceea ce părea o înșiruire absolut haotică de cuvinte și zgomote. Am interpretat astfel: el simțea acum că are o limbă, dar una care era de fapt la fel de rea ca și urechea – revărsa doar un flux de limbaj distrus. Pe scurt, rezulta că, în ciuda dorințelor lui și ale mele, noi nu reușeam să comunicăm – sau el avea această senzație. Am sugerat că simțea prezența înăuntrul lui a unui obiect foarte rău și ostil care trata relația noastră verbală cu același tip de atac distructiv intens pe care îl declanșase mai demult asupra relațiilor inierparentale, fie ele sexuale sau verbale.

La început, părea să resimtă extrem de acut deficiențele sale de comunicare și gândire, și oscila evident în pronunțarea cuvântului lacrimi { *tears*, între *teers* și *tares*), accentul căzând mai mult pe neputința sa de a pune împreună obiectele, cuvintele sau pronunția cuvintelor, decât într-un mod grosolan. La un moment dat, însă, parcă și-a dat seama că asociația lui a declanșat discuții îndelungi. Apoi a murmurat: „Mulțime de oameni”. Ca urmare a muncii depuse,

a reieșit treptat că el se îndepărtase de ideea după care capacitatea sa verbală era în mod irevocabil distrusă de atacurile lansate anterior împotriva convorbirilor noastre, apropiindu-se în același timp de ideea excesivei avidități a comunicării sale verbale. Această aviditate era slujită de clivarea lui însuși în așa de mulți oameni, încât se putea afla în mai multe locuri deodată pentru a asculta numeroasele interpretări diferite pe care eu, fiind de asemenea clivat într-o „mulțime de oameni”, le dădeam simultan, și nu pe rând. Aviditatea sa era, așadar, legată cu atacurile persecutorilor interni asupra comunicării verbale.

39. Acest pacient simțea în mod clar că clivajul i-a distrus capacitatea de gândire verbală. Lucrul era cu atât mai grav pentru el, cu cât nu mai percepea acțiunea ca oferindu-i o soluție la problema specifică cu care se confrunta. Pacientul echivala această stare cu „nebunia”.

Pacientul crede că și-a pierdut capacitatea de gândire verbală fiindcă a abandonat-o în interiorul stării lui mentale anterioare, înăuntrul analistului, sau înăuntrul psihanalizei. El crede, de asemenea, că analistul i-a extirpat capacitatea de gândire verbală; analistul este acum o persoană înfricoșătoare. Ambele convingeri dau naștere unor anxietăți caracteristice. Convingerea că a abandonat-o l-a făcut pe pacient să simtă, așa cum am văzut, că este nebun. El crede că nu va reuși niciodată să progreseze dacă nu se întoarce, cu alte cuvinte, la starea mentală anterioară, recuperând-o. Nu îndrăznește să facă lucrul acesta, deoarece starea lui mentală anterioară îl

îngrozește și se teme că ar putea redeveni prizonierul ei. Convingerea că analistul i-a extirpat capacitatea de gândire verbală îl determină pe pacient să se teamă să utilizeze capacitatea nou dobândită pentru gândire verbală, situație care ar conduce la provocarea urii analistului și la repetarea atacului.

Din punctul de vedere al pacientului, dobândirea gândirii verbale a fost un eveniment cu totul nefericit. Gândirea verbală este atât de întrepătrunsă cu catastrofă și cu emoția dureroasă a depresiei, încât pacientul, apelând la identificarea proiectivă, o elivează și o forțează în analist. Rezultatele sunt, din nou, nefericite pentru pacient: absența acestei capacități este percepută acum ca fiind echivalentă cu nebunia. Pe de altă parte, redobândirea acestei capacități îi apare inseparabilă de depresie și de conștientizarea, de astă dată la nivelul realității, a faptului că este „nebun”. Acest fapt tinde să confere autenticitate fantasmelor pacientului privind rezultatele catastrofice care s-ar acumula dacă ar fi să riște reinteriorizarea capacității sale de gândire verbală.

Nu trebuie să se presupună că în această fază pacientul își neglijează problemele. Despre acestea el va oferi, din când în când, analistului informații concrete și precise. Problema analistului constă din groaza pacientului, de acum manifestă, de a încerca o înțelegere psihanalitică a semnificației lor, în parte, datorită faptului că pacientul înțelege acum că psihanaliza îi cere tocmai acea gândire verbală de care îi este

groază.

Până aici am tratat problema comunicării dintre analist și pacientul schizofrenic. Mă voi referi în continuare la experiența avută de pacient în cursul procesului de dobândire a unei suficiente stăpâniri a limbajului pentru a putea ieși din „temnița psihanalizei”, sau din starea mentală în care s-a simțit mai înainte încarcerat fără speranță. Aparent, pacientul nu își dă seama de existența altor ființe în afara cabinetului; el nu menționează nicio activitate externă. Există doar o ființă, alta decât analistul, despre care nu se știe nimic, decât că se simte „perfect” sau „mai bine”, și există o relație cu analistul care, după părerea pacientului, este rea. El acceptă, dar se teme de pauzele dintre ședințe. Se plânge că e nebun, își exprimă teama de halucinații și delir, și se comportă cu multă precauție pentru a nu-și pierde mințile.

Trăirea emoțiilor caracteristice acestei faze conduce la o modificare ce constă într-o evaluare mai ridicată a obiectului extern, în dauna obiectului halucinat intern. Aceasta depinde de analiza halucinațiilor pacientului și de insistența cu care el acordă un rol subordonat obiectelor reale. Dacă acestea au loc, analistul are în fața lui eul și relații cu obiectul care, în procesul dezvoltării, apar mai normale. Presupun că a avut loc o muncă adecvată proceselor de clivaj, al substratului anxios persecutor, cât și al reintegrării. Herbert Rosenfeld a descris câteva din pericolele acestei faze. Cercetările mele îi confirmă descoperirile. Am observat progresia de

la clivajele multiple la cele în patru părți, și de la cele în patru la cele în două, cât și anxietatea crescândă pe măsura integrării, alături de tendința de revenire la dezintegrarea violentă. Acestea se datorează intoleranței din starea depresivă, a persecutorilor interni și a gândirii verbale. Dacă clivajul a fost supus unei munci adecvate, tendința de a diva concomitent obiectul și eul este menținută în limite acceptabile. Fiecare sedință este astfel un pas în dezvoltarea eului.

Realizarea nebuniei

40. Una din sancțiunile încercării de a clarifica fenomenele complexe pe care le comportă relațiile pacientului schizofrenic cu obiectele sale este aceea că dacă încercarea reușește, ea este înșelătoare ca în delir. Voi reechilibra acum balanța prin abordarea fenomenelor pe care le-am. Descriș deja, dintr-un unghi mai diferit. Doresc să reiau povestea din punctul în care părțile clivate sunt reunite, pacientul evadează din starea lui mentală și se instalează în poziția depresivă. Vreau să atrag cu deosebire atenția asupra acestei înlănțuiri de evenimente în momentul clarificării ei prin iluminarea dobândită în urma dezvoltării capacității de gândire verbală. Am afirmat clar că acesta este un moment de cotitură extrem de important în întreaga analiză. Se poate să vă fi format, așadar, impresia că în acest loc analiza intră în ape mai calme. E necesar, prin urmare, să vă spulber iluziile de acest fel.

Ceea ce are loc, dacă analistul a izbutit cât de cât, este o conștientizare de către pacient a

realității psihice; el își dă seama că are halucinații și deliruri, poate să nu se simtă în stare să mănânce sau are dificultăți cu somnul. Pacientul va îndrepta în direcția analistului puternice sentimente de ură. El va atârna categoric că este nebun și - cu convingere și cu o ură intensă - că analistul l-a târât în acest impas. Analistul ar trebui să prevadă că grija pentru bunăstarea pacientului va determina familia să intervină, și el trebuie să ție pregătit să le explice situația alarmantă. Ar fi bine ca el să țină la distanță atât chirurgii, cât și terapeuții de șoc, concentrându-se, în același timp, în a nu permite pacientului, nici chiar pentru un moment, să abandoneze nici conștientizarea nebuliei sale și nici ura față de analistul care a reușit, după atâția ani, să-l capaciteze emotiv în vederea recunoașterii faptelor pe care a încercat să le evite toată viața. Acest lucru se poate dovedi mai dificil pentru că, odată cu remisia primelor semne de panică, pacientul însuși va începe să pretindă că se simte mai bine. Acestui fenomen trebuie să i se acorde importanța cuvenită, dar trebuie să se prevină cu grijă folosirea lui în scopul întârzierii investigării detaliate a ramificațiilor, din situația analitică, a schimbărilor înregistrate în relațiile pacientului cu obiectul, în urma conștientizării nebuliei sale.

Rezultate

41. Nu sunt pregătit încă să vă ofer o opinie asupra perspectivelor acestui tratament, cu excepția constatării că doi din cei trei pacienți schizofrenici despre care vă vorbesc își câștigă acum existența. Consider că dacă traseul pe care

l-am indicat mai sus este urmat, există motive să anticipăm că schizofrenicul își poate dobândi propria modalitate de a se adapta realității, care nu este mai prejos de numele de „cură”, pe motiv că nu ar fi identică cu cea atinsă de pacienții mai puțin tulburați. Repet, cred că o cură, oricât de sumară, nu poate fi dusă la capăt dacă, în momentul pe care am încercat să vi-l descriu, analistul încearcă să-și conforteze pacientul și, astfel, să anuleze toate eforturile care au condus pacientul la conștientizarea gravei condiții în care se găsește. În acest moment se creează prilejul – care nu trebuie scăpat – al explorării cu pacientul a ceea ce înseamnă munca analitică, sau orice muncă, în cazul nebuniei.

Experiențele pe care le-am descris mă obligă să închei afirmând că, la declanșarea poziției depresive infantile, clementele gândirii verbale sporesc în intensitate și profunzime. În consecință, durerile realității psihice sunt exacerbate de aceasta și pacientul care regresează în poziția paranoid-schizoidă se va întoarce în mod distructiv, așa cum face de obicei, împotriva capacității sale embrionare de gândire verbală, pe care o consideră drept unul din clementele ce au condus la durerea sa.

Comentariu

Problema psihanalitică este ilustrată de dificultățile întâmpinate în republicarea acestei lucrări. Judecând acum, descrierea dată este o reprezentare temeinică a realizărilor clinice pe care le descrie. Ea reprezintă corect experiența din care ele sunt extrase; semnalează în mod

adecvat viitoare recurențe. În termenii categoriilor de grilă (pe care la acea vreme nu le elaborasem încă), ele sunt elemente C3 menite să reprezinte realizări psihanalitice, afirmații Ci care definesc experiențele psihanalistului, și formulări D4 care semnalează posibile situații viitoare. Totuși, experiența psihanalitică continuă face inevitabilă insatisfacția față de lucrare. Așa trebuie să se întâmple cu orice experiență care e însoțită de o creștere; experiența valoroasă este depășită. Problema este de a decide dacă o experiență iluminatoare pentru psihanalist poate fi comunicată unui alt psihanalist, și dacă da, dacă comunicarea merită să fie făcută sau receptată; aici, singurul răspuns nu poate fi decât cel obținut dând curs încercării. Din nefericire, timpul necesitat pentru efectuarea comunicării, pentru dobândirea unei experiențe care să merite comunicarea și pentru receptarea comunicărilor făcute de alții, este atât de mare, încât îndoielile asupra valorii încercării devin intimidante. Nici pe o critică ostilă nu se poate pune bază, natura inefabilă a psihanalizei făcând puțin probabil ca așa-numita critică imparțială să aibă altă valoare în afara celei de indicator al climatului de opinie în care lucrează psihanalistul. Totul poate fi rezumat afirmând că munca psihanalistului este o muncă solitară, că unic tovarăș îi este pacientul și că, prin definiție, pe acesta nu se poate bizui.

Cu toate acestea, pacientul vine pentru psihanaliză și nimeni nu îl poate obliga să o facă. Există, deci, motive să presupunem că, chiar și la cel mai ostil pacient, există un impuls de a

coopera. Este, prin urmare, important să știm ce semnificație poate fi atribuită acestui impuls. Natura problemei devine evidentă atunci când pacientul are tendința de sinucidere, sau e anxios să-i dăuneze, pe cât de mult posibil, psihanalistului, lui însuși, sau celor îngrijorați de bunăstarea lui. Timpul, banii și efortul investite în psihanaliză fac din ea o armă utilă pentru pacientul cu un asemenea scop. Dacă analizându-l urmărește astfel de scopuri, este evident că analistul trebuie să cunoască foarte exact care sunt propriile *sale* scopuri de psihanalist.

Ambiția de a-l ajuta pe pacient este nepotrivită (ca scop pentru psihanalist), sesizată rapid de pacient și introdusă în sistemul său de atac. Oacă psihanalistul și-a formulat un alt scop oarecare, situația nu e cu nimic mai bună – pacientul îl poate detecta și desființa. În 35 am utilizat termeni acceptați în mod curent pentru formularea unui diagnostic (Fi în categoriile de grilă). Având o valoare retrospectivă, ei transmit probabil un înțeles cititorului. Problema gândirii și limbajului schizofrenic conține și problema limbajului pe care psihanalistul trebuie să îl utilizeze în discuție. Niciunul din termenii folosiți în 35 nu reprezintă starea mentală a pacientului distrugător pe care vreau s-o prezint. Totuși, descrierea este o reprezentare care se apropie de unele experiențe psihanalitice. Ce ar trebui să cred atunci când întâlnesc acești termeni întrebunțați de alții sau, ca în acest exemplu, de mine? Privind retrospectiv, ar putea fi necesar ca toți toxicomanii, schizofrenicii și pacienții cu

obsesii să fie suspectați pe motiv că impulsurile lor distructive frizează, în diferite grade, extrema pe care am descris-o. O ipoteză mai utilă ar fi aceea ca psihanalistul să considere termenii folosiți în 35, și alții ca ei, drept conjuncții constante obligatorii, lăsând psihanaliza să determine care sunt elementele legate în mod consistent. În cazul postulat, semnificația nu constă pentru psihanalist în natura elementelor legate, ci în intensitatea lor. Faptul e valabil când invidia, ura, sexul, dragostea sunt întâlnite. Pentru psihanalistul practician termenii folosiți în 34 sunt aproape inutile și i-aș folosi acum cu circumspecție. Pacienții la care apar dificultățile descrise sunt importanți în măsura în care ambițiile lor distructive sunt active. Dacă psihanalistul ar putea evalua acea „măsură”, ea ar fi la fel de importantă ca și capacitatea lui de evaluare a calității. Totuși, realizările psihanalitice nu sunt de așa natură încât termeni precum calitate și cantitate să poată fi utilizați fără a lua în considerare fondul lor senzorial. Evaluarea frustrării, la care mă refer într-o carte în curs de apariție, poate oferi o încercare de soluționare a acestei probleme. Modelele pe care psihanalistul e constrâns să le folosească, în stadiul actual al dezvoltării psihanalitice, contribuie la dificultatea estimării cantității. Modelul nu are aceleași dimensiuni cu realizarea; valoarea lui decurge parțial tocmai din acest fapt. Referirea la lăcomia pentru „sân” a pacientului este evaluabilă comunicațional. Problema pacientului poate fi însă generată nu de lăcomia lui pentru „sân”, ci de

aviditatea față de ceea ce el consideră că îi poate oferi lumea. Această modificare de scară, de la „sân” la lume, ar putea fi o trăsătură neobservată, dar preeminentă a comunicării, așa cum e recepționată de către pacient, deși de o importanță minoră pentru psihanalistul care o face. Reducția de scară poate face ca modelul să fie revelatoriu în orice privință, cu excepția uneia – ca unitate de măsură a cantității.

Nu propun o modificare a formulărilor mele din 36 și 37, care nu mă satisfac acum; orice schimbări ar fi aduse însă fără sprijinul experienței curente. Valoarea lor maximă apare dacă cititorul le consideră formulări verbale ale elementelor din categoria C. Pentru mine, ele nu sunt rapoarte despre cele petrecute. Sunt reprezentări verbale de imagini vizuale, care descriu starea emoțională a scriitorului în momentul scrierii. Ca stimulatori ai gândirii cititorului, ele ar putea fi utile anumitor tipuri de cititori; în consecință, le republic; nu vreau să minimalizez importanța formulărilor, care ia timpul lor au servit la reprezentarea experiențelor ce au contribuit la progresul pacientului și al meu. Dacă au avut acest merit o dată, îi mai pot avea încă.

Ultimul paragraf din 38 este o formulare reprezentând o realizare curentă. Împreună cu 39, conține elementele unei configurații comune în sfera mentală a grupurilor și indivizilor. Recurența configurației, deși, de fiecare dată, asociată cu teorii psihanalitice cunoscute, creează senzația că trebuie să existe un grup de bază căruia îi aparțin

toate configurațiile și teoriile asociate. Cazul citat este un exemplu al relației – pe care de atunci am discutat-o mai în profunzime (vezi supra, comentariul despre schimbarea catastrofică) – dintre conținătorul și conținutul denotați prin semnele 9 a. Modelul sexual implicit servește la îndreptarea atenției observatorului asupra unui tipar constant recurent; diversitatea elementelor structurii sale este indicată de expresii ca „în grup”, „într-o persoană”, „în analiză”, „punere în scenă”, „într-o afirmație, cuvânt sau expresie” ș.a.m.d. S-a adus obiecția că, de exemplu, „punerea în scenă” este o simplă ciudățenie verbală a unei traduceri englezești. Eu, oricum, nu mă refer la expresii verbale, ci la o *configurație* ce poate apărea într-o formulare verbală sau într-o realizare, într-o imagine vizuală sau o experiență emoțională, într-o limbă, dar nu în alta; în conștientul unui pacient, dar nu în al altuia; uneori conștient, dar alteori nu; uneori în gând, alteori în acțiune; important este ca acea configurație să fie recunoscută ori de câte ori își face apariția. Divulgarea tiparului prin experiențele emoționale poate avea o însemnătate deosebită, însă acum aș dori să subliniez doar importanța recunoașterii configurației oriunde ar apărea. Cuvintele pe care le scriu sunt presupuse a „conține” un înțeles. Expresia verbală poate fi atât de formală, de rigidă, de plină de idei deja existente, încât ideea pe care vreau să o exprim poate fi lipsită de vlagă. Pe de altă parte, sensul pe care vreau să-l redau poate avea o asemenea forță și vitalitate, relativ la formularea verbală care m-aș strădui să-l conțină,

încât distruge conținătorul verbal. Rezultatul este, așadar, nu o comunicare compactă, ci una incoerentă. Sau, pentru a lua un alt exemplu, un grup ori o societate dezbinată, ori un conducător de grup manqud. Chiar psihanaliza oferă un exemplu remarcabil pentru o astfel de forță, idee sau individ aflat în tensiune cu conținătorul, formularea verbală sau societatea.

Am sugerat că 39 în întregime poate fi cel mai convenabil abordat ca un element din categoria *C* și că aduce în centrul atenției o problemă de interes pentru viitorul psihanalizei. Am considerat elementele categoriei *C* materialul din care derivă uzul științific al modelelor. Un avantaj al modelului este că nu obligă psihanalistul la rigiditatea formală a unei teorii, ci îi oferă un instrument la care poate renunța atunci când și-a servit scopul. Aceasta se poate întâmpla curând, sau numai după un interval îndelungat, și după numeroase experiențe asupra funcționalității modelului. Folosirea modelului în științele fizice e ușor sesizabilă ca valoroasă, deoarece materialul care trebuie abordat are un fond senzorial sau, în orice caz, provine din acel fond (prin câteva mutații?). Componenta senzorială – prin definiție un aspect al elementelor din categoria *C* căruia ele îi datorează valoarea expozitorie este tocmai acea calitate care predispune la confuzii asupra modelului psihanalitic. Modelul psihanalitic reproduce, un aspect al experienței originale, al realizării pe care e centrată comunicarea, într-un mediu nou. El ar trebui să expună în noul mediu invariantele descrise și presupuse a se discerne în

realizare. Realizarea psihanalitică nu e surprinsă însă prin niciunul din simțurile fizice cunoscute biologului. În al șaptelea capitol din *Interpretarea viselor*, Freud (1900) vorbește despre conștiință ca despre organul de simț al realității psihice. Nu e nevoie ca un psihanalist să fie convins de realizarea aproximată prin termenul „anxietate”. Același lucru e valabil pentru *fiecare* realizare psihanalitică. Chestiunile care ne preocupă sunt, fără îndoială, reale, dar ele trebuie descrise în termeni care prin chiar natura lor introduc distorsiuni.

Chestiunile discutate în 39 reclamă un model. Nu există niciun model psihanalitic satisfăcător. Pacientul realizează cea mai directă abordare a funcțiilor modelului atunci când vorbește despre gaură, cavitatea rămasă în piele prin scoaterea unui coș. Acest model nu l-a ajutat să-și rezolve problema, altminteri nu ar fi recurs la psihanaliză. Problema pacientului nu e cea a măsurilor terapeutice necesitate de dermatoză, ci problema ridicată de sentimentul că „frontiera sa mentală” a fost serios știrbită prin atacul lui distructiv. Aserțiunea pe care tocmai am formulat-o este, ca model, inferioară, prin imaginile formulate senzorial, față de vorbele pacientului. Ce e atunci în neregulă cu acest model, dacă pacientul nu a reușit să ajungă la o soluție? Ce nu e în regulă cu modelul meu, care e neplauzibil și imprecis? În practică, neajunsul modelului meu poate fi depășit, chestiunea la care se fac referiri în timpul discuției fiind o experiență comună psihanalistului și pacientului; este nevoie doar ca acele cuvinte

întrebuințate să dezvăluie experiența accesibilă amândurora chiar *în timp ce* le este accesibilă amândurora. Dar atunci – ca și în acest moment în care scriu și cititorul citește – când nu există nicio experiență emoțională la care să se poată recurge, iar „dezvăluirea” pe care eu, ca scriitor, doresc să o fac, este cea a unui eveniment nepetrecut încă – a unei experiențe pe care, după părerea mea, o poate avea cititorul psihanalist, eșecul comunicării este fundamental, nu incidental. Problema care reclamă modelul psihanalitic e similară problemei rezolvate de matematician atunci când matematica îi permite să trateze problema în absența obiectelor ei. În domeniul științelor fizice, când problema originală nu permite experimentarea și manipularea necesare, se poate construi un model care va anula trăsăturile obstrucționale, menținând în același timp nealterate părțile esențiale ale problemei – invariantele. În problema schițată în 39 este necesar un model pentru că cele două „realizări originale” nu există, una pentru că a avut loc în împrejurări care nu mai există și, dacă există totuși, „există” doar în memorie; cealaltă, pentru că nu a survenit încă și, dacă ar fi să existe, „există” doar în fantasmă. Ambele „originale” nu sunt, deci, disponibile investigației directe. Există vreo formă a modelului care ar funcționa pentru psihanalist în mod similar cu modelele savantului fizician? Dacă un asemenea mecanism ar fi disponibil, el ar putea fi utilizat pentru înlocuirea formulării din 39. Cred că ar înlătura toate confuziile stârnite de formularea actuală, care, așa

cum se prezintă, e un conglomerat dintr-un număr de diferite tipuri de formulări, imagini vizuale, teorii, expuneri care dau impresia reprezentării unor evenimente reale. Ținând cont de faptul că un scriitor mai capabil ar putea corecta unele din aceste erori, nu cred că e controversată capacitatea de a scrie bine. Trebuie să fie o formulare acceptată, pe care toți psihanalistii o înțeleg ca expunând invariantele unui eveniment subconștient obscurizat de memorie, deși el *a avut loc*, și ale unui eveniment manifest, dezvăluit de dorință, deși el *nu* a avut loc. Memoria și dorința pot fi considerate drept „sensurile” trecut și viitor (analoage conceptului matematic de „sens” și aplicabile indiferent de timp sau spațiu), ale aceluiași „lucru”. Făcând uz de „sens” în acest fel, o dorință de formulare ar avea aceeași valoare cu – *memoria*, cea dintâi referindu-se la un eveniment actual, iar cea de-a doua la un eveniment virtual, care în mod curent nu e descris ca „amintit”. Un pacient care ar putea fi prezentat în termeni conversaționali ca „amintindu-și „ceva ce *nu* s-a întâmplat ar semăna cu pacientul care a fost descris ca halucinant. Invers, pacientul care *nu*. Și-a amintit ceea ce *s-a întâmplat*, prin operația *dorinței**, sau *și-a amintit* ceea ce *nu* s-a întâmplat, prin operația aceluiași agent, ar trebui să fie și el acceptat ca aparținând aceluiași grup de bază al „halucinației”.

Conceptul de „sens” pe care l-am introdus nu a fost recunoscut în practica psihanalitică, iar arsenalul psihanalistului a fost, în mod corespunzător, deficitar în observarea

atotputerniciei și atotștiinței. E destul de obișnuit ca studenții psihanaliști să aibă în observație pacienți ale căror aluzii la Dumnezeu trădează operația „reminiscentelor” despre tată. Termenul Dumnezeu este văzut a indica scara pe care urmează să fie măsurată măreția, înțelepciunea și puterea tatălui. Dacă psihanalistul ar rămâne receptiv la fenomenele mentale care i se desfășoară în cadrul experienței psihanalitice, el ar fi liber să aprecieze importanța sensului, așa cum l-am descris mai sus. Drept consecință, nu ar fi limitat la interpretări ale lui Dumnezeu ca manifestarea unei viziuni deformate despre tată, ci ar reuși să evalueze dovezile (în cazul în care acestea i s-ar prezenta) ale ipotezei că analizândul a fost incapabil de o experiență directă cu Dumnezeu și că experiența lui Dumnezeu nu s-a produs încă, fiind făcută imposibilă de existența *dorințelor* și - *memoriilor*.

Experiențele schițate în 39 indică gradul în care - *memoria* și *dorința* obstrucționează relația pacientului cu sânul sau penisul absent la un anumit nivel mental, sau într-un moment al vieții, când un asemenea obiect ar fi atât de important încât să evoce sentimente analoage venerației religioase. Aceasta ar putea fi reprezentată de dorință. Luând evidența în celălalt aspect al ei, memoria simțurilor, semnificația ei ar consta în revelarea sa, în măsura în care relația pacientului cu Dumnezeu a fost tulburată de modele râvnite senzual (sau elemente din categoria C) care împiedicau experiența inefabilă prin concretețea și, deci, incapacitatea lor de a reprezenta

realizarea. În termeni religioși, această experiență ar apărea reprezentată prin afirmații că rasa sau individul au păcătuit lăsându-se amăgiți de chipuri cioplite, idoli, sculpturi religioase sau, în psihanaliză, de analistul idealizat. Ar trebui să se dea interpretări bazate pe recunoașterea dorinței, iar nu interpretări derivate din recunoașterea sensului memoriei. Nevoia unei asemenea aprecieri și interpretări are vaste consecințe. Teoria psihanalitică ar fi extinsă până la a cuprinde viziunile misticilor din *Baghavad Gita* și până în prezent. Psihanalistul acceptă realitatea pioșeniei și venerației, posibilitatea unei tulburări în individ, care face imposibilă ispășirea și, deci, exprimarea pioșeniei și venerației. Postulatul central este acela că pentru o dezvoltare mentală armonioasă este esențială intuirea realității ultime, sau O, cum am numit-o pentru a evita confuzia cu o asociație existentă. De aici rezultă că interpretarea implică elucidarea unei evidențe referitoare la mântuire, și nu doar a evidenței că relația imatură cu tatăl continuă să opereze. Introducerea unui „sens” sau a unei „direcții” implică extensiuni ale teoriei psihanalitice prezente. Tulburarea capacității de mântuire e asociată cu atitudinile megalomaniace. Atitudinea pacientului examinat în 39 față de cavitățile persecutoare avea până la urmă trăsături pe care le regăsim în atitudinea religioasă față de idoli. Psihanalistul trebuie să contrasteze atitudinea dezvăluită în experiența psihanalitică cu atitudinea față de propriul tată, sau psihanalist, sau față de Dumnezeu pe care este gată să îl

adore. Pe scurt, individul are, și păstrează, ceea ce oamenii religioși numesc credință în Dumnezeu, oricât de mult ar nega el sau pretinde că s-a emancipat. Relația finală este permanentă, deși formularea ei e supusă unei constante reformulări. Nerecunoașterea acestui vârf face imposibilă perspectiva echilibrată asupra individului sau grupului și stă la baza supoziției că există o „reacție terapeutică negativă”. Voi discuta implicațiile ci pentru realizarea nebuniei de către pacient.

În 40, analizândul manifestă anxietate și ostilitate față de ceea ce el numește schizofrenic și față de capacitatea lui de a-și da seama de ea. Pacientul psihotic e supus unor emoții puternice, pe care e capabil să le stârnească în ceilalți; așa, cel puțin, pare până când situația este examinată mai îndeaproape. Psihanaliza unui asemenea pacient dezvăluie o situație „complexă”, mai degrabă, decât un pacient complex. Există un câmp de forțe emoționale în care indivizii par a-și pierde frontierele lor individuale și devin „zone” împrejmuitoare, prin care emoțiile se joacă în voie. Psihanalistul și pacientul nu se pot sustrage câmpului emoțional. Psihanalistul trebuie să fie capabil de o mai mare detașare decât alții, pentru că el nu poate fi psihanalist și disociat de starea mentală pe care trebuie să o analizeze. Analizândul nu se poate disocia de starea mentală. Pe care are nevoie să o analizeze. Acea stare mentală e mai ușor de înțeles dacă este privită ca o stare a minții unui grup, și nu a unui individ, depășind însă limitele pe care de obicei le

considerăm inerente grupurilor sau indivizilor.

Psihanalistul care întreprinde analiza unui schizofrenic trece printr-o experiență pentru care trebuie să improvizeze și să adapteze aparatul mental necesar. În relația cu analizândul său el are un avantaj absent din relația cu colegii săi și cu cei din afara experienței – experiența e accesibilă intuiției analizândului dacă el va permite psihanalistului să-i atragă atenția asupra ei. Cei netrecuți prin psihanaliză nu pot profita de formulările psihanalistului, deoarece ele sunt formulări dependente de prezența experiențelor în curs de formulare. Ei se află într-o situație analoagă celei în care dexteritatea matematică nu a atins punctul unde să poată aborda problema obiectelor în absența lor. Situația lui vis-à-vis cu problema e similară celei a insului care experimentează cu obiectul original, fără ajutorul unui model pe care să-l manipuleze. Nu există niciun frate cu care să rezolve problemele relației cu tatăl. Sau, cum ar spune un religios, nu există nimic care să intervină pentru individ pe lângă Dumnezeu. Lipsa unui duplicat al modelului și manipularea directă a originalului îi refuză psihanalistului unul din instrumentele absolut necesare ocupației sale și contribuie la condiția de perpetuă punere în scenă. Aceasta din urmă este dovada că psihanalistul nu operează cu modele (verbale sau nu) ale problemei sale, și nu se poate comporta ca și cum ar face-o, ci cu originalul însuși. Psihanaliza personalității psihotice are, deci, o calitate care o face atât de diferită de analiza personalității nepsihotice. Invers, relația

cu realitatea externă trece printr-o transformare paralelă relației cu realitatea psihică, ce nu are un model care să intervină (sau să „intercedeze”). Nu există o „personalitate” care să intervină între psihanalist și „inconștient”.

Rezumând, „originalele” nu pot fi investigate fără ajutorul unui model. Absența oricărui original fice, în esență, ca modelul să țină într-un fel seama de și să trateze acest fapt ca parte a problemei de rezolvat, o problemă a problemei, să spunem, și ca o caracteristică ce trebuie și ea oglindită în model.

Înainte de a părăsi discuția asupra „sensului” sau „direcției”, trebuie să menționez o caracteristică matematică a stadiilor timpurii în rezolvarea problemei. Individul simte că problema este vastă, sau complicată, sau inabordabilă. Modelul reprezintă încercarea de a o fice abordabilă. Când individul se confruntă cu ceea ce, în comparație cu sine, este un număr sau o cantitate infinită, el leagă mulțimea „nenumărată” de numele „trei”, imediat ce are sentimentul „treimii”. „Numărul infinit” a fost făcut acum finit. Sentimentul „treimii” din sine a fost „legat” și ceea ce a fost o infinitate este acum trei. Infinitatea (sau „trei”) este numele unei stări psihice și este extins la ceea ce o stimulează. Același lucru e valabil și pentru „trei”, care devine numele a ceea ce *stimulează* un sens al „treimii”. „Trei” și „infinitatea” sunt astfel instanțe ale unei forme speciale de model. Ele pot fi considerate ca întruchipări ale unei stări psihice – precum „tatăl”; sau precum „tatăl”, ele pot fi considerate

ca referitoare la sau revelatoare ale unei stări mentale inevitabile, specifice ființei umane. Dintr-un vârf, „trei” leagă o conjuncție constantă câștigată din „infinitul adânc și amorf”. Este un semn că precizia a înlocuit imprecizia. În ce sens este „trei” precis, iar „infinitatea” imprecisă? Desigur, nu matematic, deoarece matematicianul se străduiește să obțină o notație care, oricât de inexact ar fi fundalul ei genetic, transplantată într-un nou domeniu redă același sens universal. În psihanaliză, precizia este limitată de caracterul primitiv al comunicării, care necesită prezența obiectului. Termeni ca „excesiv”, „de sute de ori”, „vină”, „mereu”, au înțeles cu condiția ca obiectul în discuție să fie prezent. Nu este prezent în discuția dintre analiști; când nu e prezent, limbajul psihanaliștilor va tinde să devină jargon, adică o manipulare arbitrară a termenilor psihanalitici. Chiar atunci când nu se întâmplă așa, aparențele lasă impresia contrară. Când psihanaliza este criticată ca nematematică și, deci, neștiințifică, critica se bazează pe o falsă înțelegere a naturii problemei și a naturii tipului de matematică aplicată. Subiectul tratat în psihanaliză nu poate angaja orice formă de comunicare ce suplinește condițiile necesare unei probleme în absența problemei. Nu poate nici măcar utiliza modele care ar asigura un substitut adecvat pentru originalul problemei. Acest fapt i-a derutat chiar și pe criticii favorabili, deoarece limbajul folosit de psihanaliști seamănă adesea foarte bine cu conversația obișnuită. De asemenea, afirmațiile făcute în conversația

obișnuită par să spună același lucru ca și psihanaliștii – deseori mai bine. Am auzit un laic, participant la o discuție de psihanaliză într-un program BBC, sugerând că Freud nu a spus nimic din ce nu știam deja. Dacă cineva consideră că Freud a atras doar atenția asupra existenței sexului, acea critică pare să aibă un fel de adevăr nebunesc în ea. Realitatea experienței psihanalitice demonstrează curând falsitatea unei asemenea supoziții. O afirmație făcută despre o experiență sexuală, în prezența experienței sexuale așa cum e ea manifestă în transferul afectiv, are un sens pe care aceleași cuvinte nu-l pot avea într-un context diferit.

Înainte de a trece la examinarea diferențelor dintre personalitățile psihotică și nepsihotică, trebuie să mă refer pe scurt la 41, în care sunt discutate rezultatele. Mă voi referi des la subiect, deoarece progresul psihanalizei a condus la o deviere față de starea de lucruri în care ideile de „tratament”, „cură” și „rezultate” aveau un înțeles.

Psihanaliza psihoticului oferă prilejul de a vedea ce înseamnă munca cu un nebun. Ar trebui făcută distincția între uzul termenilor „psihotic” și „nebun”; analizându-l poate fi psihotic și nebun, și psihotic și sănătos. E utilă examinarea unui anumit progres în psihanaliză, de la psihoza nebuniei la sănătatea psihotică. Când am scris această secțiune, nu recunoscusem măsura în care ideile de cură, bazate pe un fond de experiență sensibilă și pe principiul plăcerii, predominau nu numai în psihanaliză, ci și în întregul domeniu al

vieții mentale sau spirituale. Examinarea evangheliilor sinoptice va demonstra în ce măsură abordarea religioasă a domeniilor vieții mentale activează aparatul expectativei de „cură” a emoțiilor și experiențelor „dureroase”, într-un mod care ar fi propriu durerii fizice, asociate cu alinarea fizică și cu măsurile terapeutice fizice. Nu era necesar ca Luca să fi fost doctor – totul e limpede în evanghelia după Marcu – sau ca Freud să fi avut o pregătire în medicina fizică, pentru a motiva expectativa de cură pe un fond de suferință fizică. S-ar putea rezuma astfel: „Există o suferință. Ar trebui eliminată. Cineva trebuie să o elimine pe loc, de preferat prin magie sau atotputernicie sau atoteliință, și dintr-odată; nereușindu-se asta prin știință”. Conflictul dintre personalitatea psihotică și cea nepsihotică ar putea fi descris ca având loc între o parte religioasă a personalității și o parte științifică. Viziunile conflictuale seamănă prin intoleranța lor. Ele seamănă și în privința personalităților conflictuale, succesul fiind marcat printr-o anihilare a experienței dureroase sau printr-o conștientizare a ei. Invers, conștientizarea acută a experiențelor emoționale dureroase ar fi un semn contrar abordării științifice sau religioase responsabile. Psihanalistul însuși se poate comporta ca și cum ar îmbrățișa această vedere, care oferă o mai simplă explicație și justificare a cheltuielii de timp și bani din psihanaliză. Fără ea psihanaliza devine o activitate greu de justificat. Mai mult, ea asigură psihanalistului și analizândului o „memorie”, care le dă amândurora

senzația de securitate venind din sentimentul neangajării lor în nicio activitate inedită grupului uman.

Într-o lucrare adresată Societății Britanice de Psihanaliză, din care o versiune prescurtată a fost publicată în *Buletinul științific* al acelei societăți, atrăgeam atenția asupra recurenței unei anumite configurații, pe care o deșertam ca relația dintre conținător și conținut (9 <?). O manifestare a acestei relații este tensiunea dintre „întemeierea” unui grup și „mistic”, membru al acelui grup. Tensiunea poate fi găsită și în relația dintre o idee și expresie (verbală, picturală sau artistică) ce tinde să o conțină. Psihanaliza însăși este. O astfel de idee. Orice formulare a ei, sau orice persoană care o nutrește, sau orice grup (ca de pildă o societate psihanalitică) care o întreține, va manifesta semnele acelei tensiuni. Abandonarea unei cochilii protectoare de idei familiare va expune persoana sau grupul care o abandonează unei forțe tulburătoare (chiar și creative) a „ideii” conținute. Prin urmare, „memoria” este menținută într-o permanentă stare bună, ca o barieră defensivă. Într-o societate psihanalitică importanta este, între aceste „memorii”, ideea de cură. În C este o preconcepție; adică o preconcepție (categoria D) care *nu* trebuie cuplată cu o concepție, ca parte a unei activități C, ci cu o „memorie”, pentru a deveni un element saturat care să prevină progresarea sau schimbarea catastrofică. Psihanalistul nu trebuie să fie surprins să afle că el însuși este la fel de refractar ca analizândul sau grupul său în abandonarea

dorinței de cură sau a ideii respective. Abandonarea nu poate fi făcută nici ea printr-un act de voință. De la abandonarea „curei” până la descoperirea realității din psihanaliză și a nefamiliarității oamenilor cu experiența psihanalitică, nu este decât un pas scurt. „Dorința” de vindecare este tocmai un exemplu al dorinței care, asemeni tuturor dorințelor, nu trebuie să fie întreținută de psihanalist. Cititorul va găsi în aceste lucrări dovezi că, deși am intuit corect, nu am înțeles importanța acestui lucru.

Tentația dorinței de cură se intensifică pentru că oricine reușește să aibă o psihanaliză trece printr-o experiență similară ideii populare de „cură”; se presupune că e „vindecat” în urma „tratamentului” psihanalitic. Ideea de „rezultate” ar trebui să fie și ea suspectă deoarece provine dintr-o atitudine comună savanților fizicieni, a căror experiență se leagă de impresiile sensibile (deși intervenția aparatului ascunde uneori acest lucru). Ar fi o ironie dacă o idee ta care fizicianul tinde să renunțe ar fi adoptată de psihanaliști. Ar trebui să fim printre primii care au realizat inadecvarea modelelor în care rolul cel mai important e ocupat de rezultate. În 11 afirm că o muncă bună va fi ruinată dacă psihanalistul îl reconfortează pe pacient: astăzi nu cred că e necesar ca psihanalistul să-l liniștească pe analizatul, pentru că analizându-l se poate liniști datorită aparentei asemănări dintre psihanaliză și modelul tratamentului și curei fizice. Generații de experiențe de boală fizică și tratament au stabilit un model, o „memorie” acționând automat, ca o

barieră, împotriva intruziunii factorilor perturbatori. Reclamațiile contra psihanalizei ineficace pot fi văzute ca revers al convingerilor reconfortante, asociate cu modelele de tratament și cură.

Abandonarea memoriilor și modelelor derivate din medicina fizică implică experiența cu probleme pe care psihanalistul le poate considera exterioare domeniului sau capacității sale; adesea, ele dau impresia că aparțin unor discipline pe care nu le-a inclus în pregătirea lui. Experiența psihanalistului în unele probleme filosofice este atât de reală, încât deseori el percepe mai clar necesitatea unui fond filosofic decât filosoful profesionist. Fundalul academic filosofic și prim planul realist al experienței psihanalitice se apropie unul de altul; recunoașterea unuia de către celălalt nu se petrece atât de des, sau atât de abundent, pe cât s-ar putea aștepta cineva.

4. DEZVOLTAREA GÂNDIRII SCHIZOFRENICE

42. În această lucrare, ce trebuie privită drept o comunicare preliminară, realizez trei lucruri:

- (I) discut prin ce anume se deosebește personalitatea psihotică de cea nepsihotică;
- (II) examinez natura acestei deosebiri, și;
- (III) evaluez consecințele ei.

Experiența de la Congresul de la Geneva a arătat că încercarea de a da exemplificări clinice într-o lucrare atât de condensată ca aceasta a produs mai mult obscuritate decât claritate. În consecință, această versiune se limitează la

descrierea teoretică.

Concluziile la care voi ajunge s-au conturat în cadrul contactului analitic cu pacienți schizofrenici și au fost verificate de mine practic. Faptul că am ajuns la un oarecare grad de claritate îl datorez cu precădere celor trei lucrări pe care vi le voi reaminti, deoarece ele ocupă o poziție cheie în această lucrare.

Prima: descrierea de către Freud, la care m-am referit în lucrarea prezentată la Congresul de la Londra din 1953, a aparatului mental pus în acțiune de cerințele principiului realității și, în special, a acelei părți a lui care se referă la conștientizarea impresiilor senzoriale. *A doua:* încercarea lui Freud (1930) de a sugera, în *Cultură și nemulțumiri ei*, importanța conflictului dintre pulsunile vieții și cele ale morții. Chestiunea a fost preluată și dezvoltată de Melanie Klein, însă Freud pare să fi renunțat la ea. Melanie Klein consideră că această vedere este de mare importanță în înțelegerea schizofrenicului. *A treia:* descrierea de către Melanie Klein a atacurilor sadice fanasmaic ale copilului mic asupra sânelui, în faza paranoid-schizoidă, și descoperirea identificării proiective. Identificarea proiectivă este clivajul de către pacient al unei părți din personalitatea sa și proiectarea acesteia în obiectul în care se instalează, uneori ca un persecutor, lăsând astfel sărăcit psihicul din care a fost clivată.

Tulburarea schizofrenică provine dintr-o interacțiune între:

(I) mediu și (ii) personalitate. În această

lucrare fac abstracție de mediu și îmi concentrez atenția asupra a patru trăsături esențiale ale personalității schizofrenice. Prima este o preponderență atât de mare a impulsurilor distructive, încât până și impulsurile de iubire sunt invadate de ele și transformate în sadism. A doua este ura față de realitate care, așa cum a subliniat Freud, este extinsă la toate aspectele psihicului care contribuie la conștientizarea ei. Mai adaug ura tată de realitatea internă și față de tot ce contribuie la conștientizarea ei. A treia, care derivă din primele două, este groaza permanentă de o anihilare iminentă. A patra este formarea precipitată și prematură a relațiilor cu obiectul, între care primează transferul, a cărui fragilitate se află în contrast marcat cu perseverența cu care este susținut. Caracterul prematur, fragilitatea și perseverența sunt patognomonice și provin deopotrivă din groaza anihilării de pulsuniunea morții. Schizofrenicul este preocupat de conflictul – niciodată rezolvat definitiv – dintre tendința distructivă, pe de o parte, și sadism, pe de cealaltă.

Transfer

Relația cu analistul este prematură, precipitată și extrem de dependentă. Când pacientul o extinde sub presiunea pulsuniunilor vieții sau morții, devin manifeste două serii convergente de fenomene. Prima, identificarea proiectivă cu analistul ca obiect devine excesiv de activă, cu consecința unor stări confuzionale dureroase, ca acelea descrise de Rosenfeld. A doua, activitățile mentale și cele de altă natură, prin care impulsul

dominant, fie al pulsionilor vieții, fie al pulsionilor morții, tinde să se exprime, sunt supuse deodată mutilării de către impulsul temporar subordonat. Mânal de dorința de a evita stările confuzionale și chinuit de mutilări, pacientul tinde să refacă relația restrânsă; transferul este din nou investit cu inexpressivitatea sa caracteristică. Dacă pacientul trece pe lângă mine spre cabinet, ca și cum și-ar da abia vag seama de prezența mea, sau dacă el afișează o bonomie expansivă sau una posacă, relația restrânsă este inconfundabilă. Restrângerea și expansiunea alternează în tot cursul analizei.

Divergentă

43. Pentru a rezuma: ignored efectul mediului extern, personalitatea schizofrenică depinde de existența în pacient a patru trăsături:

(I) un conflict, niciodată decis, între pulsionile vieții și ale morții;

(II) o preponderență a impulsurilor distructive;

(III) ura față de realitatea internă și externă;

(IV) o relație vagă cu obiectul, dar persistentă.

Această înzestrare specifică asigură progresarea pacientului schizofrenic, prin pozițiile paranoid-schizoidă și depresivă, să fie vădit diferită de cea a personalității nepsihotice. Diferența în cauză depinde de faptul că această combinație de caracteristici duce la întrebuințarea masivă a identificării proiective. Prin urmare, trec acum la identificarea proiectivă, a cărei examinare o limitez însă la folosirea ei de către

schizofrenic împotriva întregului aparat al conștiinței pe care Freud l-a descris ca acționat de cerințele principiului realității.

Diferențierea personalității psihotice de cea nepsihotică

44. Am vorbit despre descrierea de către Melanie Klein a poziției paranoid-schizoide și a importantului rol jucat în ea de atacurile sadice fantasmate ale copilului mic asupra sânelui. Atacuri identice sunt îndreptate de la începutul vieții împotriva aparatului de percepție. Această parte a personalității lui este ciopârțită, clivată în fragmente minuscule și apoi, folosind identificarea proiectivă, evacuată din personalitate. Debarasându-se astfel de aparatul de conștientizare a realității interne și externe, pacientul atinge o stare resimțită nici ca vie, nici ca moartă.

Acest aparat de conștientizare este intim relaționat cu gândirea verbală și cu tot ceea ce asigură, în stadiul timpuriu de care vorbesc, bazele încooției sale.

Factorul central care diferențiază personalitatea psihotică de cea nepsihotică constă din identificarea proiectivă a conștientizării și din încooția corespunzătoare a gândirii verbale „Consider că diferențierea are loc la începutul vieții pacientului. Atacurile sadice asupra eului și asupra bazelor încoate ale gândirii verbale, cât și identificarea proiectivă a fragmentelor rezultate, asigură că, de aici încolo, va exista o diferență tot mai accentuată între părțile psihotice și cele nepsihotice ale personalității, până când, în

sfârșit, diferența va deveni ireconciliabilă.

Soarta fragmentelor evacuate

45. În măsura în care distrugerea reușește, pacientul are experiența unei slăbiri a capacității de percepție. Toate impresiile lui par să fi suferit o mutilare de un tip asemănător cazului în care ele par că ar fi fost atacate, precum se simte că e atacat sânul în fantezmele sadice ale copilului mic. Pacientul se simte închis în starea mentală pe care a atins-o și incapabil să evadeze din ea, deoarece simte că-i lipsește aparatul de conștientizare a realității, care e atât cheia evadării, cât și libertatea însăși spre care ar evada. Această senzație de încarcerare e intensificată de prezența amenințătoare a fragmentelor evacuate în ale căror mișcări orbitale el este cuprins. Natura acestei încarcerări va deveni mai clară odată cu discutarea destinului acestor fragmente evacuate, la care trec acum.

În fantasma pacientului fragmentele evacuate ale eului ajung la o existență independentă și necontrolată în afara personalității, ele fie conținând, fie fiind conținute de obiecte externe, unde își exercită funcțiile, ca și cum chinul la care au fost supuse a servit doar la sporirea numărului lor și la provocarea ostilității lor față de psihicul care le-a expulzat. În consecință, pacientul se simte înconjurat de obiecte bizare, a căror natură o voi descrie acum.

Particule

46. Fiecare particulă este simțită a conține un obiect extern real, încapsulat într-un fragment de personalitate care l-a înghițit. Natura acestei

particule complete va depinde, în parte, de natura obiectului real, să zicem un gramofon, și, în parte, de natura părții de personalitate care îl înghite. Dacă fragmentul de personalitate se referă la văz, pacientul se simte urmărit de gramofonul care cântă; dacă fragmentul se referă la auz, pacientul se simte ascultat de gramofonul care cântă. Obiectul, furios că a fost înghițit, se umflă, așa zicând, inundând și dominând fragmentul de personalitate care îl înghite: astfel, particula este simțită a fi devenit un lucru. Deoarece aceste particule sunt folosite de către pacient ca și cum ar fi prototipuri de idei – spre a deveni mai târziu cuvinte – această inundare a fragmentului de personalitate de obiectul care îl conține, dar dominant, îl face pe pacient să simtă cuvintele drept înseși lucrurile pe care le numesc și conduce la confuziile, descrise de Segal, care apar din cauză că pacientul echivalează, și nu simbolizează.

Consecințe pentru pacient

47. Pacientul se mișcă, acum, nu într-o lume de visuri, ci într-o lume de obiecte, care sunt în mod curent fundalul viselor. Aceste obiecte primitive, dar complexe, prezintă calități care în nepsihotic sunt specifice materiei, obiectelor anale, simțurilor, ideilor, supraeului și celorlalte calități ale personalității. O consecință este aceea că pacientul tinde să folosească obiectele reale drept idei și este deconcertat atunci când ele respectă legile științei naturale și nu pe cele ale funcționării mentale.

Asociată cu identificarea proiectivă este incapacitatea personalității psihotice de a

interioriza. Dacă pacientul dorește să interiorizeze o interpretare sau să aducă înapoi aceste obiecte pe care le-arr, descris, o face prin identificarea proiectivă inversă și urmând același traseu. Această situație a fost bine rezumată de pacientul care spunea că își folosea intestinul drept creier. Când am spus că înghițise ceva, el mi-a răspuns: „Intestinul nu înghite”. H. Segal a descris în lucrarea ei, pe care am avut fericita șansă de a o consulta înainte de congres, câteva din suferințele pacientului în poziția depresivă: aș adăuga acum că, mulțumită acestei utilizări a identificării proiective, pacientul nu își poate sintetiza obiectele: le poate doar aglomera și comprima. Mai mult, dacă simte că i s-a pus ceva înăuntru sau dacă simte că l-a interiorizat, el simte pătrunderea ca un asalt și ca o revanșă din partea obiectului pentru violenta lui intruziune în acesta.

Refulare

48. Va deveni clar că acolo unde personalitatea nepsihotică, sau o parte din personalitate, folosește refularea, psihoticul folosește identificarea proiectivă. Prin urmare, nu există refulare și ceea ce ar trebui să fie inconștientul său este înlocuit cu o lăunie populată cu vise, lume în care l-am prezentat mișeându-se.

Gândire verbală

49. Începutul gândirii verbale, pe care am descris-o ca aparținând de poziția depresivă, este serios tulburată deoarece ea sintetizează și articulează impresii, fiind astfel esențială pentru conștientizarea realității interne și externe; din acest motiv, ea este supusă unor atacuri continue,

ca acelea pe care le-am descris.

Mai departe, excesiva identificare proiectivă în poziția paranoid-schizoidă împiedică interiorizarea și asimilarea uniformă a impresiilor senzoriale și, în consecință, stabilirea unei baze solide de obiecte bune de care depinde începutul gândirii verbale.

Încercarea de a gândi implică readucerea sub control și, deci, în personalitatea lui, a particulelor evacuate cu concreșterile lor. Identificarea proiectivă este așadar inversată, iar aglomerarea și comprimarea concomitente conduc la un limbaj extrem de compact, a cărui construcție este mai adecvată muzicii, decât articulării cuvintelor folosite în comunicarea nepsihotică.

În plus, de vreme ce, cum am văzut, aceste particule împărtășesc calitățile lucrurilor, pacientul poate simți că e clivat de reintrarea acestora. Din nou, deoarece aceste particule includ fragmente de conștientizare a impresiilor senzoriale, simțurile devin dureros comprimate, acut, până la un grad insuportabil. Pacientul poate fi văzut în încheștarea unor halucinații tactile, auditive sau vizuale extrem de dureroase. Depresia și anxietatea, fiind supuse aceluiași mecanism, sunt în mod asemănător intensificate până când pacientul este constrâns să facă față acestor emoții sau să lupte împotriva lor, în felul în care l-a descris Segal.

Conclude

50. Experiența practică cu aceste teorii m-a convins că tratamentul personalității psihotice nu va avea reușită, până când atacurile distructive

ale pacientului și substituirea de către el a refulării și interiorizării cu identificarea proiectivă nu sunt supuse muncii analitice. Mai departe, consider că și în bolnavul grav neurotic există o personalitate psihotică ce trebuie supusă muncii analitice în același fel, înaintea atingerii reușitei.

Comentariu

La începutul lucrării de față (iulie 1955) raportează că încercarea de a da ilustrări clinice a fost nereușită și că mă limitez la descrierea teoretică. Consider optimistă ideea că problema comunicării ar fi astfel simplificată. Consider exemplificările clinice ca elemente din categoria C. Ele seamănă cu rapoartele unor evenimente trecute, cu transformările unor imagini vizuale, cu modele, dar nu pot fi descrise drept niciuna din acestea, pentru că nu satisfac criteriile psihanalitice. Soluția nu constă în aplicarea criteriilor „științifice”, așa cum sunt de obicei înțelese, însă nu pot sugera o soluție mai bună. Psihanaliștii care nu sunt satisfăcuți de calitatea științifică a muncii lor trebuie să conteze pe ei înșiși pentru producerea unor standarde mai bune. „Descrierea teoretică” la care mă gândeam să mă limitez este doar substituirea unei formulări în termeni cu un fond sensibil printr-o formulare sofisticată. O experiență de care nu m-am îndoit sună neconvingător pentru oricine nu are experiența practică a psihanalizei. O convingere nu poate trece nici măcar de la un psihanalist la altul, fără ca metodele lor de lucru să fie extrem de apropiate. Până acum aceasta însemna că doi psihanaliști împărtășesc același arsenal teoretic și

implica pericolul ca psihanalistul să vadă numai ce voia el să vadă. Dacă doi psihanalisti reușesc să reducă la minimum operația dorinței și memoriei, ei minimalizează pericolul complicității lor și sporesc șansa de a împărtăși aceeași experiență – „văzând” aceleași mecanisme în funcțiune. Formulările utilizate în această lucrare sunt transformări ale intuițiilor psihanalitice.

Formulările fenomenelor de transfer sunt nesatisfăcătoare, dar corecte într-o anumită măsură. Aș întrebuința acum în 41 o formulare geometrică (categoria *If*) drept mijloc de transformare a experienței psihanalitice în termeni din categoria C, adică într-o imagine vizuală. În psihanaliză pentru comunicarea experienței eu utilizez o categorie sofisticată (//) într-un mod primitiv (C7). În lucrare vorbesc despre transfer ca și cum ar fi o legătură lineară – o linie fără lățime împreunând psihanalistul și pacientul. Acum, însă, văd legătura prin transfer ca o continuă schimbare sub tensiunea psihanalizei, astfel încât ea poate fi la un moment dat o linie, transformându-se ea însăși în momentul următor într-un plan. Psihanalistul care e legat de linia subțire și tenace se găsește dintr-odată în contact cu o suprafață sau un plan „monomolecular”. Pacientul are un contact precis cu psihanalistul, iar psihanalistul își găsește fiecare dispoziție trecătoare reflectată în transfer. Dacă este iritat de bâzâitul unei muște sau de zgomotul de pe stradă sau de impactul unei comunicări dureroase sau periculoase cu pacientul sau cu o rudă, dispoziția sa va fi

reflectată. Au încimea (sau grosimea transferului plan) este însă atât de mică, încât nu există nicio discriminare calitativă între dispoziții. Ele au aceeași valoare: bâzâitul muștei sau o știre gravă și neliniștitoare produc aceeași reflexie; ambele sunt observate de pacient, una neavând o importanță mai mică sau mai mare uccât cealaltă, în transfer, schimbarea poate fi reprezentată pictural, de la „linia fără lățime” la „planul fără adâncime”.

O parte din dificultatea întâmpinată de analiști apare atunci când psihanalistul permite intuiției dobândite să slăbească și să fie înlocuită de cele învățate din teoriile și experiența lui de psihanalist. Acest impuls este ușor stimulat, iar obiceiul, odată contractat, e dificil de stăpânit; efectul lui asupra intuiției psihanalistului este, mai întâi, rău, iar apoi, dezastruos; dacă psihanalistii și-ar putea permite condițiile necesare pentru a „vedea” ce se întâmplă, realizările psihanalizei s-ar afirma singure, iar diferențele dintre psihanalisti referitoare la cele observate ar lua dimensiuni mai modeste. Problema recunoașterii celor datorate sntdiilor anterioare nu este dificilă dacă este înlăturată din mintea psihanalistului pe parcursul muncii cu un analizând.

Ostilitatea pacientului psihotic față de aparatul mental, propriu sau al cuiva diferit, care îl pune în contact cu realitatea, ar trebui asemănată cu atitudinea lui față de realitatea psihică. El pare să-și dea în mod deosebit seama și să fie persecutat de realitatea psihică. Nu aş accentua niciun aspect particular al problemei,

precum stările confuzionale, deși sunt cu siguranță dureroase, ci totalitatea plăcerii sau suferinței psihice. Cum ar fi de așteptat, problema este asociată cu dominarea principiului plăcerii-durerii, însă dobândește o calitate specială, pentru că principiul dominant al plăcerii-durerii trebuie să opereze în domeniul plăcerii și durerii intra-psibice. Prin urmare, soluția apropiată problemei plăcerii și durerii, care își au originea în lumea realității externe, nu este disponibilă. E ca și cum analizândul ar simți că i se cere să trateze tipul de probcică care, acum știm, necesită psihanaliza, într-un moment în care el ar putea face față, în cel mai fericit caz și în colaborare cu o mamă, foamei fizice. Cu alte cuvinte, pacientul, încă de la începutul vieții, simte că lumea sa mentală reclamă o atenție deosebită. Situația diferă de cea a unei înzestrări *fizice*, să zicem a unei boli *fizice*, care reclamă o atenție deosebită.

Cu privire la secțiunile rămase din lucrare, 44 – 50, e foarte puțin probabil că descrierile ar induce în eroare dacă sunt considerate formulări din categoria *C* și sunt folosite de cititor drept „modele revelatoare” (Ramsey, 1964). Ele trebuie citite, uitate, însă lăsate să reapară, ca parte din evoluția specifică a unei anumite situații emoționale psihanalitice. Comentariile din concluzie (50) se referă la un vârf în care semnificativă apare „cura” sau „ameliorarea”; la acea vreme nu recunoșteam vârfurile și nu aveam motive să apreciez caracterul neadecvat al ideii de „cură”. Următoarea mea lucrare arată clar cât eram de convins că acest vârf era unicul. Cum

acesta exclude numeroase posibilități de care ar trebui să fie conștient un psihanalist, voi reliefa, prin referiri la această lucrare, câteva dezavantaje.

5. DIFERENȚIEREA PERSONALITĂȚII PSIHOTICE DE CEA NEPSIHOTICĂ

51. Tema acestei lucrări este că diferențierea personalității psihotice de cea nepsihotică depinde de clivajul minuțios al părții de personalitate care are funcția de a lua cunoștință de realitatea internă și externă, și de evacuarea fragmentelor rezultate, în așa fel încât ele să intre în obiecte sau să le sufoce. Voi descrie acest proces în oarecare detaliu și voi discuta apoi consecințele și modul în care ele afectează tratamentul.

Concluziile de față au fost obținute pe baza contactului psihanalitic cu pacienți schizofrenici și au fost verificate de mine în practică. Vă îndrept atenția asupra lor, deoarece ele au condus la dezvoltări în pacienții mei, semnificative din punct de vedere psihanalitic, și care nu pot fi confundate cu remisiunile familiare psihiatrilor, sau cu categoria de ameliorare imposibil de relaționat cu interpretările date sau cu orice cunoaștere sistematică a teoriei psihanalitice. Cred că ameliorările observate merită să fie investigate psihanalitic.

52. Datoriez clarificarea obscurității care predomină întreaga analiză a psihoticilor, la trei lucrări. Pentru că acestea sunt cruciale în înțelegerea celor ce urmează, am să vi le reamintesc pe rând. *Prima*: descrierea de către Freud (1911), la care m-am referit în lucrarea

prezentată la Congresul de la Londra din 1953 (Bion, 1954; infra), a aparatului mental activat de cerințele principiului realității și, îndeosebi, a acelei părți a cărei sarcină constă în conștientizarea informațiilor organelor de simț. A doua: descrierea de către Melanie Klein (1928) a atacurilor sadice lăntasmate ale copilului mic asupra sânului, din perioada paranoid-schizoidă, și; a treia: descoperirea de către ea a identificării proiective (Klein, 1946). Pacientul clivează prin acest mecanism o parte a personalității sale și o proiectează într-un obiect, în care se instalează uneori ca un persecutor, vlăguind psihicul din care a fost clivată.

53. Pentru a înlătura presupunerea că aş atribui dezvoltarea schizofreniei exclusiv unor mecanisme separate ale personalității care le folosește, voi enumera, acum, ceea ce cred că sunt condițiile necesare mecanismelor asupra cărora vreau să vă atrag atenția. Există mediul, pe care nu îl voi discuta acum, și personalitatea, caracterizată prin patru trăsături principale. Acestea sunt:

(I) o preponderență atât de accentuată a pulsionilor distructive, încât chiar impulsul de iubire este inundat de ele și transformat în sadism;

(II) o ură a realității interne și externe care cuprinde tot ceea ce este legat de conștientizarea lor;

(III) o groază de anihilare iminentă (Klein, 1946) și, în sfârșit;

(IV) o formare prematură și precipitată a

relațiilor cu obiectele, dintre care cea mai importantă este transferul, a cărui fragilitate este în contrast marcant cu tenacitatea cu care ele sunt menținute.

Prematuritatea, fragilitatea și tenacitatea sunt patognomice și duc la un conflict, despre care nu pot să vorbesc astăzi, între pulsiunile de viață și cele de moarte, care, la schizofrenic, nu este niciodată rezolvat.

54. Înainte de a aborda mecanismele care izvorăsc din aceste caracteristici, voi discuta, pe scurt, câteva aspecte care privesc transferul. Relația cu analistul este prematură, precipitată și intens dependentă; sub presiunea pulsiunilor de viață și de moarte, pacientul își lărgeste contactul și două fenomene concurente devin manifeste. Întâi, clivajul personalității sale și proiecția fragmentelor rezultate în analist (adică, identificarea proiectivă) devin excesiv de active, urmate de stări confuzionale descrise de Rosenfeld (1952). În al doilea rând, activitățile mentale și de altă natură prin care pulsiunea dominantă, fie cea de viață, îl o cea de moarte, se străduiește să se exprime, sunt supuse mutilării de către pulsiunea temporar subordonată. Hărțuit de mutilări și făcând eforturi de a scăpa de stările confuzionale, pacientul se întoarce la o relație mai restrânsă.

Oscilația între încercarea de lărgire a contactului și cea de restrângere a lui continuă pe întreg parcursul analizei.

55. Mă reîntorc acum la caracteristicile intrinseci personalității schizofrenicului, pe care

le-am menționat înainte. Ele constituie o înzestrare care asigură că posesorul ei va progresa prin pozițiile paranoid-schizoidă și depresivă, într-o manieră marcant diferită de cea a unuia neînzestrat cu ea. Diferența constă în faptul că această combinație de calități duce la o minuțioasă fragmentare a personalității, îndeosebi a aparatului conștiinței realității, pe care Freud l-a descris ca intrând în funcțiune la porunca principiului realității, și la proiecția excesivă a acestor fragmente de personalitate asupra obiectelor externe.

Am descris unele aspecte ale acestor teorii în lucrarea prezentată la Congresul internațional din 1953 (Bion, 1954; supra), în care am vorbit despre asocierea poziției depresive cu dezvoltarea gândirii verbale și despre semnificația acestei asocieri pentru conștientizarea realității interne și externe. În lucrarea de față mă ocup de aceeași temă, dar la un stadiu mai timpuriu, adică la începutul vieții pacientului. Tratez fenomenele poziției paranoid-schizoide care sunt asociate, în esență, cu starea incipientă a gândirii verbale. Că așa se prezintă situația, sper să reiasă din cele ce urmează.

56. Teoriile lui Freud și ale Melaniei Klein, la care m-am referit mai înainte, trebuie să fie acum discutate în detaliu. Freud (1924) definea, în lucrarea *Nevroză și psihoză*, una dintre caracteristicile care diferențiază nevrozele de psihoze, astfel:

În primele (Nevroze), eul, în virtutea supunerii sale la realitate, suprimă o parte a

subeului (pulsivitatea vieții), pe când în psihoze, același eu, fiind în serviciul subeului, se retrage el însuși dintr-o parte a realității.

Presupun că, atunci când Freud vorbește despre supunerea eului la realitate, el se referă la dezvoltări care au loc odată cu instituirea principiului realității. El scrie:

...noile cerințe produceau! n aparatul mental o serie de adaptări necesare [pe care, din motivul unei cunoașteri insuficiente sau imprecise, [le] putem descrie numai pe scurt.

El enumera apoi: creșterea semnificației organelor de simț orientate către lumea externă și a conștiinței atașate lor; atenția pe care el o numește o funcție specială care trebuie să cerceteze lumea externă în scopul de a constata dacă datele acesteia îi sunt familiare, în caz că se ivește o nevoie internă; un sistem de notare a cărei sarcină este înmagazinarea rezultatelor activității periodice a conștiinței, pe care ci o descrie ca o parte a ceea ce noi numim memorie; judecata care trebuie să decidă dacă o anumită idee este adevărată sau falsă; folosirea descărcării motorii în scopul modificării realității, și nu cu simplul scop al despovăririi aparatului mental de creșterea stimulilor; și, în sfârșit, gândirea care, după el, a făcut posibilă tolerarea frustrării, acompaniament inevitabil al acțiunii, în virtutea calității ei de mod experimental de acțiune. Așa cum se va vedea, deși extind mult funcția și importanța gândirii, accept această clasificare bine întemeiată a funcțiilor lui, propusă de Freud, concretizată în acest mod o parte a

personalității tratate în această lucrare. Aceasta se potrivește bine cu experiența clinică și iluminează evenimente pe care le-aș fi găsit infinit mai obscure fără ajutorul ei.

Pentru a o aduce într-o relație mai apropiată cu faptele, voi face două modificări în descrierea lui Freud. Nu cred, cel puțin în cazul pacienților întâlniți în practica psihanalitică, că eul este vreodată complet retras din realitate. Aș putea spune că contactul cu realitatea este mascat de dominarea în mintea și în comportamentul pacientului a unei fantasme de atotputernicie, al cărei scop este să distrugă realitatea sau conștiința ei, pentru a atinge o stare care nu este nici viață și nici moarte. Deoarece contactul cu realitatea nu este niciodată pierdut complet, fenomenele pe care suntem obișnuiți să le asociem cu nevrozele nu sunt niciodată absente și prin prezența lor în materialul psihotic servesc la complicarea analizei, când a fost realizat suficient progres. Existența personalității nepsihotice depinde de menținerea contactului eului cu realitatea, paralelă eu, dar umbrită de personalitatea psihotică.

57. A doua modificare constă în aceea că retragerea din realitate este o iluzie, și nu un fapt, provenita din mobilizarea identificării proiective împotriva aparatului mental descris de Freud. Această fantasmă este atât de dominantă, încât este evident că pacientului nu îi apare ca fantasmă, ci ca un fapt, la care reacționează ca și cum aparatul său perceptual ar putea fi clivat în fragmente minuțioase și proiectate în obiectele

sale.

Ca rezultat al acestor modificări, ajungem la concluzia că pacienții grav bolnavi, să zicem, cei diagnosticați ca psihotici, conțin în psihicul lor o parte neosihotică de personalitate, pradă pentru diferitele mecanisme nevrotice cu care psihanaliza ne-a familiarizat, și o parte psihotică de personalitate care domină până acum, încât partea nepsihotică de personalitate, cu care se juxtapune negativ, este umbrită.

Există, concomitent cu ura realității descrisă de Freud, fantasmele copilului mic psihotic de atac asupra sânelui, descrise de Melanie Klein ca o parte a fazei paranoid-schizoide (Klein, 1946). Doresc să accentuez, în această fază, că psihoticul își clivează obiectele și, concomitent, acea parte a personalității sale care l-ar face conștient de realitatea pe care o urăște, în fragmente excesiv de minuțioase, și tocmai acest proces este acela care îl determină pe psihotic să simtă că nu poate să-și restaureze obiectele sau eul propriu. Ca rezultat al acestor atacuri prin clivaj, toate trăsăturile personalității care ar trebui, într-o zi, să constituie fundația înțelegerii intuitive de sine și a altora, sunt periclitare de la început. Toate funcțiile descrise de Freud ca fiind, la un stadiu ulterior, reacții evolutive la principiul realității, cu alte cuvinte, conștiința senzațiilor, atenția, memoria, judecata, gândirea, au mobilizat împotriva lor, în forme incipiente cum numai la începutul vieții pot exista, atacurile sadice prin clivajul devitalizator, care conduc la fragmentarea lor minuțioasă și apoi la expulzarea lor din

personalitate în scopul penetrării sau închistării obiectelor. Particulele expulzate ale eului au, în fantasma pacientului, o existență independentă și neconiolată; ele sunt conținute, fie de obiectele externe, fie primele le conțin pe cele din urmă; ele continua să-și exercite funcțiile, ca și cum. Calvarul la care au fost supuse ar fi servit să le crească numai numărul și să le provoace ostilitatea față de psihicul care le-a evacuat. În consecință, pacientul se simte el însuși înconjurat de obiecte bizare a căror natură o voi descrie acum.

58. Fiecare particulă este simțită ca fiind constituită dintr-un obiect real, încapsulat în partea de personalitate care l-a înghițit. Natura acestei particule complete va depinde, în parte, de caracterul obiectului real, să zicem, un gramofon, și în parte, de caracterul particulei de personalitate care îl înghite. Dacă partea de personalitate se referă la văz, gramofonul care cântă este simțit că îi urmărește pe pacient; dacă ea se referă la auz, atunci gramofonul care cântă este simțit că trage cu urechea la pacient. Obiectul care e mânios deoarece a fost înghițit, se umflă, ca să spun așa, acoperă și controlează partea de personalitate care l-a înghițit; în aceeași măsură, partea de personalitate devine un obiect. Deoarece pacientul depinde de aceste particule pentru a le folosi ca prototipuri de idei – formând ulterior matricea în care cuvintele sunt generate – această acoperire cu părții de personalitate de către obiectul conținut, dar stăpânitor, îl determină să simtă cuvintele ca lucruri prezente

pe care ele le denumesc; și, astfel, se adaugă la confuziile descrise de Segal (1955), confuzii ce sunt produse pentru că pacientul egalizează, dar nu simbolizează. Folosirea de către pacient a acestor obiecte bizare în generarea gândirii ridică acum o problemă nouă. Dacă considerăm că unul din obiectivele pacientului în folosirea clivajului și a identificării proiective este de a scăpa el însuși de conștiința realității, atunci devine clar că el poate obține maximum de separare de realitate, cu cea mai mare economie de efort, dacă poate lansa aceste atacuri distrugătoare împotriva legăturii, oricare ar fi aceasta, care leagă senzațiile de conștiință, în lucrarea prezentată La Congresul internațional din 1953 (Bion, 1954; supra), arătăm că conștiința realității psihice depinde de dezvoltarea unei capacități de gândirea verbală a cărei bază este legată de poziția depresivă. Nu este posibil ca să o abordez acum. Vă trimit la lucrarea Melanici Klein din 1930, intitulată *Importanța formării simbolice în dezvoltarea eului* și la lucrarea prezentată de H. Segal în 1955 în fața Societății Britanice de Psihanaliză (Segal, 1957). H. Segal demonstrează importanța formării simbolice și explorează relația ei cu gândirea verbală și impulsurile reparative asociate de obicei cu poziția depresivă. Sunt interesat de un stagiu mai timpuriu al aceleiași drame. Sunt convins că necazul, care devine mult mai evident în poziția depresivă, a fost de fapt inițiat în faza paranoid-schizoidă în care ar trebui puse bazele gândirii primitive, dar nu datorită clivajului și identificării proiective excesive.

59. Freud (1911) atribuie gândirii funcția de instrument de înfrânare a acțiunii. Dar, el continuă:

Este probabil că gândirea a fost la origine inconștientă, în măsura în care s-a ridicat deasupra ideății simple și s-a orientat către relațiile între impresiile obiectelor, devenind, astfel, înzestrată cu alte calități percepute de conștiință, numai în măsura în care aceasta era legată de memorie prin urmele lăsate de cuvinte.

Am ajuns, pe baza experienței proprii, la presupunerea că există o anumită gândire bazată, mai curând, pe ideograme și văz decât pe cuvinte și auz, care a existat încă de la început. Ea depinde totuși de capacitatea de echilibrare a interiorizării și proiectării obiectelor și *a fortiori* de conștientizarea lor. Ea aparține părții nepsihotice a personalității, în parte, datorită clivajului și evacuării aparatului conștiinței pe care l-am descris mai sus, și, în parte, din motive la care mă refer acum.

Mulțumită acțiunilor părții nepsihotice a personalității, pacientul își dă seama că interiorizarea conduce la formarea gândirii inconștiente, pe care Freud o consideră „orientată asupra relațiilor dintre impresiile obiectelor”; cred că tocmai această gândire inconștientă, pe care Freud o descrie ca fiind orientată către relațiile între impresiile obiectelor, este responsabilă pentru „conștiința atașată” de impresiile organelor de simț. Sunt întărit în această convingere de afirmația făcută

12 ani mai târziu în lucrarea *Eul și sinele*

(1923). Acolo, el scrie:

Întrebarea: «Cum poate ceva deveni conștient?» ar trebui reformulată astfel: «Cum poate ceva să devină preconștient?». În acest caz răspunsul ar fi: «Prin asocierea sa cu reprezentări verbale corespunzătoare».

Am afirmat în lucrarea mea din 1953 că gândirea verbală este legată de conștiința realității psihice (Bion, 1954; supra); cred că aceasta se aplică și gândirii preverbale timpurii de care vorbesc acum. Din perspectiva a ceea ce am spus deja despre atacurile psihoticului asupra întregului aparat mental care conduce la conștiința realității interne și externe, ne putem aștepta ca mobilizarea identificării proiective să fie deosebit de dăunătoare oricărui fel de gândire, bazat pe relațiile între impresiile obiectelor, deoarece, dacă această verigă poate fi tăiată sau, mai bine încă, niciodată realizată, atunci, cel puțin conștiința realității poate fi distrusă, deși nu realitatea ca atare. De fapt, munca de distrugere este pe jumătate împlinită, în măsura în care materialul din care gândirea este modelată la nepsihotio, prin echilibrarea proiecției și interiorizării, nu este disponibil părții psihotice a personalității, pentru că deplasarea proiecției și interiorizării de către identificarea proiectivă îl lasă pe psihotic numai cu obiectele bizare descrise.

60. De fapt. Gândirea primitivă este atacată nu numai pentru că leagă impresiile sensibile ale realității cu conștiința, ci, datorită supra-înzestrării psihoticului cu tendința de distrugere,

procesele de clivaj sfiit extinse asupra legăturilor dinăuntru proceselor de gândire înseși. Precum implică expresia lui Freud privind gândirea întoarsă asupra relațiilor între impresiile obiectelor, această matrice primitivă de ideograme din care gândirea izvorăște conține în ea însăși legături între o ideogramă și alta. Toate acestea sunt atacate acum până când, în final, două obiecte nu mai pot fi puse laolaltă, încât fiecărui obiect să-i fie lăstate intacte calitățile lui intrinseci și capacitatea de producere, prin conjuncție, a unui nou obiect mental. În consecința, formarea simbolurilor, care depinde, în privința efectului lor terapeutic, de capacitatea împreunării a doua obiecte pe baza asemănării lor manifeste, dar cu păstrarea diferenței între ele, devine acum dificilă. La un stadiu și mai târziu, rezultatul acestor atacuri prin clivaj este observat în negarea articulării ca principiu al combinării cuvintelor. Așa cum voi arăta mai departe, atunci când vorbesc despre aglomerare, toate acestea nu înseamnă, totuși, că obiectele nu pot fi puse laolaltă. Mai mult, deoarece *ceea-ce-leagă* a fost nu numai fragmentat minuțios, ci și proiectat în obiecte pentru a însoți alte obiecte bizare, pacientul se simte înconjurat de legături minuțioase care, fiind acum însărcinate cu cruzime, leagă obiectele în mod crud.

Pentru a-mi concluda descrierea fragmentării eului și expulzării lui m și asupra obiectelor lui, voi spune că procesul descris este factorul central, în măsura în care un factor poate fi izolat fără a fi deformat, în diferențierea părții psihotice a

personalității de cea nepsihotică. Aceasta are loc la începutul vieții pacientului. Atacurile sadice asupra eului și asupra matricei gândirii, împreună cu identificarea proiectivă a fragmentelor, asigură că, de la acest punct înainte, există o divergență lărgită între părțile psihotice și nepsihotice ale personalității până când, în sfârșit, prăpastia dintre ele este simțită ca fiind de netrecut.

61. Pacientul se mișcă acum nu într-o lume de vise, ci într-o lume de obiecte care sunt de obicei materialul viselor. El simte că impresiile sensibile sunt mutilate într-un mod asemănător unui atac, precum este simțit atacul sânului în fantezmele sadice ale copilului mic (Klein, 1928). Pacientul se simte încarcerat în starea sa mentală și este neputincios să evadeze, deoarece îi lipsește aparatul conștientizării realității, care este atât cheia evadării, cât și libertatea către care el ar evada. Senzația de încarcerare este intensificată de prezența amenințătoare a fragmentelor expulzate înăuntrul acestor mișcări orbitale în care el este conținut. Aceste obiecte primitive, dar complexe, au în comun calități care în partea nepsihotică a personalității sunt caracteristice materiei, obiectelor anale, simțurilor, ideilor și supraeului.

62. Diversitatea unor astfel de obiecte, dependente ca atare de organul de simțu de care aparțin, împiedică mult mai mult comunicarea între ele decât am indicat, în fugă, atunci când am descris modul genezei lor. Reacția acestor obiecte la materialul gândirii ideografice îl conduce pe pacient să confunde obiecte reale cu idei primitive

și, prin urmare, la confuzie când ele se supun legilor științei naturale și nu celor ale funcționării mentale. Dacă dorește să-și aducă înapoi oricare din aceste obiecte, într-o încercare de restituire a eului, și el se simte obligat să facă această încercare în analiză, atunci el trebuie să le aducă înapoi prin identificarea proiectivă în revers și pe aceeași cale prin care ele au fost expulzate. Când simte că unul din aceste obiecte a fost pus în el de analist sau că el însuși l-a luat înăuntru, el simte intrarea obiectului ca un asalt. Gradul extrem cu care a realizat clivajul obiectelor și, de asemenea, al eului, determină ca orice încercare de sinteză să fie periculoasă. Mai mult, deoarece el însuși a renunțat la *ceea-ce-unește*, capacitatea lui de articulare și metodele disponibile pentru sinteză sunt simțite ca slăbite; el poate comprima, dar nu împreună; poate fuziona, dar nu articula. Capacitatea de împreunare este resimțită, ca rezultat al evacuării ei, că a devenit, precum toate celelalte particule expulzate, infinit mai rea decât în momentul evacuării ei. Orice împreunare este făcută cu răzbunare, cu alte cuvinte, într-o manieră expres contrară dorințelor pacientului la acel moment. Acest proces de comprimare sau aglomerare își pierde, în cursul analizei, ceva din malignitatea lui, dar apar probleme noi.

63. Trebuie să vă atrag atenția acum asupra unei probleme care necesită o lucrare separată și, prin urmare, nu poate fi decât menționată aici. În descrierea mea este implicit faptul că personalitatea psihotică sau o parte a personalității a folosit, ca substitute ale refulării,

clivajul și identificarea proiectivă. Pe când partea nepsihotică a personalității apelează la refulare ca mijloc de întrerupere a anumitor tendințe din minte, atât conștiente, elt și în alte forme de manifestare și activitate, partea psihotică a personalității a încercat să scape de aparatul pe care se bazează psihicul în îndeplinirea refulărilor; inconștientul parcă a fost înlocuit cu o lume cu conținuturi de vis.

64. Voi încerca acum să descriu o ședință reală; descrierea este, mai degrabă, o experiență clinică bazată pe aceste teorii, decât o descriere a unei experiențe pe care se bazează teoriile; sper, totuși, că voi fi putea să ofer material din ședințe anterioare care m-a condus să interpretez în acest fel.

La timpul când are loc ședința, din care voi descrie o mică parte, pacientul fusese în analiză cu mine timp de șase ani. Odată, a întârziat chiar patruzeci și cinci de minute, dar nu a lipsit niciodată de ia ședințe; ședințele nu depășeau nici odată timpul alocat. A ajuns în dimineața aceea un sfert de oră mai târziu și s-a lungit pe canapea. A petrecut ceva timp mișcându-se dintr-o parte în alta, pretinzând că încearcă să se facă comod. În cele din urmă, a spus: „Nu cred că am să pot face ceva astăzi. Ar fi trebuit s-o sun pe maică-mea”. A făcut o pauză și a spus apoi: nrru; știam că va fi așaM. A urmat o pauză mai lungă, apoi spuse: „Nimic altceva decât lucruri și mirosuri împruțite. Cred că mi-am pierdut văzul”. Trecuseră deja aproape douăzeci și cinci de minute, și în acest moment am tăcut o interpretare, dar înainte de a

o repeta trebuie să discut ceva din materialul anterior care, sper, să ajute la înțelegerea intervenției mele.

Când pacientul se mișca pe canapea, observam ceva cu care eram familiar. Îmi explicase cu cinci ani în urmă că doctorul său îl sfătuisese să se opereze de hernie și se putea presupune că neplăcerea cauzată de hernie îl împingea să facă mișcările pe canapea. Era evident, totuși, că aceasta era ceva mai mult decât hernia și încercările lui raționale de a-și spori confortul fizic. Îl. Întrebasem înainte ce îl îndemnase să facă mișcările, și întrebării mele el i-a răspuns cu „Nimic”. Altă dată, a spus: „Nu știu”. Am simțit că „Nimic” era o invitație ușor deghizată ca să-mi văd de treabă. Am continuat, în cursul săptămânilor și anilor, să-i observ mișcările. O batistă căzu lângă buzunarul lui drept; și-a arcuit spatele – desigur, un gest sexual, aici? O brichetă căzu din buzunar. S-o ridice? Da. Nu. Desigur că nu.

Ei bine, da. A ridicat-o de pe dușumea și a pus-o lângă batistă. Imediat, o ploaie de mărunțiș se vărsă de pe canapea pe dușumea. Pacientul stătu întins nemișcat și așteaptă. Poate, sugera gestul său, că n-a fost înțelept să ridice bricheta. Părea că a adus ploaia de mărunțiș. El aștepta prudent, pe furiș. Și, în sfârșit, făcu remarcă pe care am relatat-o. Îmi reaminti de descrierile lui, date nu într-o ședință anume, ci de-a lungul multor luni, despre manevrele chinuitoare prin care trebuia să treacă înainte de a se duce la toaletă, sau să ia micul dejun, sau să-i telefoneze

mamei. Eram destui de obișnuit să-mi reamintesc multe din asociațiile libere care s-ar fi potrivit lesne comportamentului înfățișat în cursul acestei și multor altor dimineți. Totuși, acestea nu erau asociațiile mele, și când am încercat odată să folosesc un asemenea material într-o interpretare, tocmai acea replică mi-o dăduse. O interpretare, pe care mi-o amintesc, care a fost încununată cu oarecare succes. Am indicat că el se simțea, în privința acestor mișcări, precum cu visul pe care mi-l povestise – n-avea nicio idee despre vis și n-avea nicio: dee nici despre mișcări. „Da”, confirmă el, „Așa e”. „Și totuși”, am răspuns eu, „ați avut odată o idee despre asta; ați crezut că era hernia”. „Aia nu-i nimic”, spuse el, și apoi făcu o pauză, pe furiș, gândeam eu, ca să vadă dacă pricepusem. Deci, „Nimic este în realitate o hernie”, i-am spus. „N-am idee”, mi-a răspuns, „numai o hernie”. Am simțit că „n-am idee” a lui era foarte asemănătoare cu „lipsa de idei” despre vise sau mișcări, dar, cel puțin în timpul acelei ședințe, n-am putut merge mai departe. Mișcărilor și visele erau, în această privință, exemple de încercări de cooperare mutilate și, de asemenea, aceasta era ceva asupra căruia îi atrăsesem atenția.

65. Poate că v-ați dat seama, așa cum mi s-a întâmplat deseori și mie, că asistam la o serie de prezentări dramatice în miniatură, asemănătoare cu pregătirile pentru îmbăierea copilului, alăptare, schimbarea scutecelor, sau cu o seducție sexuală. Ar fi mai corect de spus, adeseori, că prezentarea era un conglomerat de fragmente dintr-o serie de asemenea scene, și tocmai această impresie m-a

condus, în final, să presupun că eram martorul unei activități idiomotorii, să zicem, o modalitate de a exprima o idee fără a o denumi. De la ea era un pas scurt până la tipul de activitate motrică pe care Freud a descris-o ca fiind caracteristică dominării principiului plăcerii. Pentru că, în măsura în care eram martorul unor fenomene psihotice, pacientul nu putea să acționeze ca răspuns la conștientizarea realității externe; el înfățișa tipul de descărcare motrică atribuit de Freud dominării principiului plăcerii și care:

...a servit la descărcarea aparatului mental de stimuli și în îndeplinirea acestei sarcini a trimis inervații înăuntrul corpului (expresii ale afectului).

Era tocmai această impresie care îmi revenise în minte, când pacientul a spus: „Nu cred că am să pot face ceva astăzi. Era o remarcă ce se putea referi la probabilitatea producerii de material pentru interpretare sau, în mod egal, la probabilitatea că voi face interpretări. „Ar fi trebuit s-o sun pe maică-mea” ar fi putut însemna că eșecul lui în această privință era datorat pedepsei pentru neputința de a fi analizat. Însemna, de asemenea, că mama lui ar fi știut ce să facă - ea ar fi putut să obțină asociații de la el sau interpretări de la mine; ceva depindea de ceea ce mama însemna pentru el, dar, în acest punct, orbecăiam în întuneric. Ea fusese introdusă în analiză ca o simplă femeie din clasa muncitoare care a trebuit să muncească pentru a-și susține familia; această vedere era susținută cu aceeași convingere cu care erau marcate declarațiile lui după care familia era extrem de bogată. Mi se

ofereau binevoitor întrezăriri despre ea ca o femeie cu o mulțime de angajamente sociale, încât îi rămânea puțin timp să satisfacă nevoile fie ale pacientului, care era fiul ei cel mai mare, fie ale fiicei sale mai mari cu doi ani decât pacientul meu, sau ale celorlalți membri ai familiei. Se vorbise despre ea, dacă ceva atât de dezarticulat se poate numi vorbire, ca fiind lipsită de bun simț și cultură, deși avea obiceiul să viziteze galerii de artă renumite pe plan internațional. Mi s-a dat să înțeleg că era ignorantă în privința creșterii copiilor, această experiență fiind dureroasă la maximum. Pot spune că știam, la timpul în care scriam, puțin mai mult despre mama lui reală de cât ar fi știut cineva care și-a lepădat eul în felul pe care l-am descris ca fiind tipic personalității psihotice. Cu toate acestea, aveam aceste impresii, și altele pe care le omit, pe care îmi bazez interpretările. Răspunsul pacientului la aceste interpretări consta din respingeri directe; interpretările erau fie inadmisibile pentru că erau greșite, fie erau corecte, dar construite în mod nepotrivit pentru că-i folosisem mintea (în realitate, capacitatea lui de contact cu realitatea) fără permisiunea lui. Se va observa că el exprima astfel o negare geloasă a insight-ului meu.

66. Când pacientul a spus, după o pauză, că el știa că va fi așa, m-am simțit pe un teren mai stabil în presupunerea mea, probabil, că eu era acela care nu făcea nimic *în* ședința aceea și că mama lui era o persoană sau un lucru care l-ar fi putut face capabil să aibă de-a face cu mine într-un mod mult mai satisfăcător. Această impresie a

fost întărită de asociația care a urmat.

Dacă teoriile pe care le-am descris sunt corecte, atunci, în orice situație dată, pacientul care este sever bolnav ca să necesite certificat de boală, așa cum era acesta, are două probleme principale, una aparținând părții nepsihotice a personalității și cealaltă părții psihotice. Cu acest pacient, și în această împrejurare specifică, personalitatea psihotică și problemele ei eclipsau încă personalitatea nepsihotică cu problemele ei. Totuși, așa cum sper să arăt, ultimele erau detectabile în material. Personalitatea nepsihotică era preocupată cu o problemă nevrotică, cu alte cuvinte o problemă care era centrată asupra rezoluției unui conflict între idei și emoții provocat de acțiunea eului. Dar personalitatea psihotică era preocupată cu problema reparării eului, al cărei indicator era frica de a-și fi pierdut văzul. Pentru că problema psihotică era obstacolul principal, am abordat-o prin considerarea, mai întâi, a ultimei lui asociații. I-am spus că aceste lucruri și mirosuri împruțite erau ceea ce simțea că m-au determinat să fac ceea ce am făcut, și că simțea că m-a împins să le defechez, incluzând văzul pe care l-a pus în mine.

Pacientul s-a mișcat convulsiv și l-am văzut că cerceta cu atenție ceea ce părea a fi aerul din jurul lui. Am spus, în mod corespunzător, că el se simțea înconjurat de fărâme rele și mirositoare din el însuși, inclusiv ochii lui pe care îi simțea expulzați prin anus. A răspuns: „Nu pot vedea. I-am spus apoi că simțea că și-a pierdut văzul și capacitatea de a vorbi cu mama sa, sau cu mine,

atunci când s-a lepădat de aceste capacități pentru a evita durerea.

67. Foloseam în cazul acestei ultime interpretări acuza pacientului, dintr-o ședință cu câteva luni în urmă, despre analiza simțită ca tortură, tortura memoriei. Îi arătasem atunci că, ori de câte ori simțea durerea, exprimată în ședința de față prin mișcări convulsive, se lepăda de amintire și de orice altceva care l-ar fi făcut să simtă durere, anesteziindu-se astfel.

Pacient: „Îmi crapă capul de durere; poate ochelarii închiși”.

Purtasem o pereche de ochelari închiși cu aproape cinci luni în urmă; acest fapt nu produsese, atât cât îmi dădusem până acum seama, nicio reacție, dar este mai puțin surprinzător dacă considerăm că, purtând ochelari închiși, eu eram simțit de el ca unui din obiectele la care m-am referit atunci când am descris soarta particulelor expulzate din eu. Am explicat că personalitatea psihotică pare să aștepte ca un eveniment potrivit să aibă loc, înainte de a folosi o ideogramă adecvată comunicării cu ea însăși sau cu alții. Reciproc, alte evenimente, care pot fi presupuse a avea semnificație mediată pentru personalitatea nepsihotică, sunt omise pentru că sunt simțite ca semnificative numai ca ideograme servind o nevoie neimediată. În împrejurarea de față, problema creată de purtarea de către mine a ochelarilor închiși era eclipsată în partea nepsihotică a personalității, deoarece partea psihotică a personalității era dominantă: și, în acea parte a personalității, evenimentul era puțin

semnificativ ca ideogramă de care nu avea imediată nevoie. Când faptul s-a impus, în sfârșit, în analiză, el apărea, în mod superficial, ca o reacție întârziată, dar o astfel de vedere depinde de presupunerea că asociația cu ochelarii închiși era expresia unui conflict nevrotic în partea nepsihotică a personalității; totuși, așa cum voi arăta, mobilizarea unei ideograme era necesară părții psihotice a personalității pentru repararea imediată a eului prejudiciat de identificarea proiectivă excesivă pe care am descris-o. Asemenea impuneri de fapte, trecute inițial sub tăcere, trebuie, deci, să fie privite ca semnificative, nu atât din cauza întârzierii apariției lor, ci, mai ales, pentru că evidențiază o activitate în partea psihotică a personalității.

Presupunând, deci, în acest caz, că ochelarii închiși semnifică o ideogramă, devine necesar să determinăm interpretarea ei. Mi-e teamă că va trebui să comprim, cu riscul neînțelegerii, evidența pe care o am. Ochelarii conțineau o aluzie la biberonul copilului mic. Ei erau două lentile sau două biberoane, asemănându-se deci cu sâni. Erau închiși pentru că erau încruntați și mânioși. Erau din sticlă pentru a-i răsplăti încercarea de a vedea prin ei, atunci când ei erau sâni. Erau închiși pentru că avea nevoie de întuneric pentru a-și spiona părinții în timpul actului sexual. Erau închiși pentru că el a luat biberonul nu pentru lapte, ci pentru a vedea ce făceau părinții. Erau închiși pentru că el i-a înghițit, nu ca pe laptele care-l conțineau. Și erau închiși pentru că limpezile obiecte bune au fost

înnegrite și făcute să miroasă înăuntrul lui. Toate aceste atribute trebuie să **h** fost realizate prin acțiunea părții neosihotice a personalității. Adăugate acestor caracteristici erau acelea pe care le-am descris ca aparținând părții eului care a fost expulzată prin identificare proiectivă, anume ura lor față de partea din el pe care o respinsese. Folosind aceste creșteri în experiența analitică și concentrându-mă încă asupra problemei psihotice, cu alte cuvinte, asupra nevoii de reparare a eului pentru a face față cerințelor situației externe, am spus:

Analist: V-a revenit văzul, dar el vă sparge capul; îl simțiți ca văz rău datorită a ceea ce i-ați făcut.

Pacient (mișcându-se în durere, ca și cum protejându-și dosul): Nimic.

Analist: Părea să fie dosul.

Pacient: Stricturi morale.

i-am spus că își simțea văzul, ochelarii închiși, ca o conștiință pedepsitoare, în parte pentru a fi scăpat de el ca să evite durerea, în parte pentru că îl folosisese ca să mă spioneze pe mine și pe părinți. Am simțit că nu fusesem capabil să-i fac dreptate asociației compacte.

Se va observa că nu am putut oferi sugestii privitoare la ce ar fi putut stimula aceste reacții în pacient. Aceasta nu mă surprinde pentru că am de-a face cu o problemă psihotică și deoarece problema psihotică, opusă celei ne psihotice, este în mod precis legată de distrugerea întregului aparat mental care conștientizează stimulii din realitate, astfel că natura și chiar existența unor

asemenea stimuli să nu poată fi deosebite. Totuși, următoarea remarcă a pacientului oferă o asemenea sugestie.

Pacient. Sfârșitul de săptămână; nu știu dacă-l voi supraviețui.

Acesta este un exemplu al felului în care pacientul simțea că și-a reparat capacitatea de contact și putea deci să-mi spună ce se întâmpla cu el. Era un fenomen de acum familiar lui și nu l-am interpretat. Am spus în schimb:

Analist. Simțiți că trebuie să fiți în stare să înaintați fără mine. Dar, pentru a face asta, simțiți că aveți nevoie să vedeți ce se întâmplă în jurul dvs., și chiar să fiți în stare să mă contactați; să mă contactați de la distanță, așa cum faceți cu mama dvs. Atunci când o sunați; deci, ați încercat să vă luați înapoi de la mine capacitatea de a vedea și vorbi din nou.

Pacient. Strălucită interpretare. (Cu o convulsie bruscă) O, Doamne!

Analist. Simțiți că puteți vedea și înțelege acum, dar ceea ce vedeți este atât de strălucitor, încât vă produce o durere intensă.

Pacient (încicștându-și pumnii și arătând multă tensiune și anxietate): Vă urăsc.

Analist. Când vedeți, ce vedeți – pauza de sfârșit de săptămână și lucrurile pentru care folosiți întunericul pentru a le spiona – vă umple de ură și de admirație pentru mine.

Convingerea mea este că la acest punct restaurareacului semnifica faptul că pacientul era confruntat cu problema nepsihotică, adică rezolvarea conflictelor nevrotice. Această

convingere era suportată de reacțiile din săptămânile ulterioare, în care el înfățișa neputința de a. Toleră conflictele nevrotice stimulate de realitate și de încercarea de a-și rezolva problema prin identificare proiectivă. Aceasta va fi urmată de încercări de a mă folosi drept eul lui și de a se reîntoarce la realitate și la nevroză; și, astfel, ciclul se repeta.

68. Am descris în detaliu această porțiune a sedinței cu scopul de a fi folositoare în ilustrarea unor aspecte, fără a-l încărca pe cititor cu diferite exemple de asociații și interpretări. A trebuit să exclud, în mod regretabil, material izbitor și dramatic, pentru că dacă l-aș fi inclus, ar fi semănat cu o masă copleșitoare de descrieri din cursul analizei zilnice, pline de neînțeles, eronate etc., care ar fi produs o impresie înșelătoare. În același timp, nu doresc să las nicio îndoială că demersul pe care îl descriu este unul care, în opinia mea, produce rezultate izbitoare. Schimbarea care a avut loc în pacient, în cursul săptămânilor în care am putut demonstra jocul combinat pe care l-am descris, era de un fel care cred că oricare analist îi acceptă demn de a fi numit ameliorare psihanalitică. Comportarea pacientului s-a împlânzit: expresia i-a devenit mult mai puțin tensă. La începuturile și sfârșuirile sedințelor mă privea în ochi și nu mă mai evita sau, așa cum fusese frecvent cazul, nu mă mai privea prin mine ca și cum aș fi fost o oglindă în fața căreia își juca o dramă internă, particularitate care mă ajutase adesea să realizez că nu eram e persoană reală pentru el. Din nefericire, aceste

fenomene nu sunt ușor de descris și nu pot zăbovi în încercarea de a le descrie pentru că doresc să atrag atenția asupra unei ameliorări pe care am considerat-o, și pe care o consider și la alți pacienți, atât surprinzătoare cât și derutantă. O voi trata, în măsura în care se referă la tema principală a acestei lucrări, prin reluarea discuției teoretice pe care am întrerupt-o pentru a-mi introduce exemplul clinic.

69. Dacă gândirea verbală este aceea care sintetizează și articulează impresiile și este, prin urmare, esențială conștientizării realității interne și externe, atunci trebuie să ne așteptăm ca ea să fie supusă periodic, în cursul analizei, clivajului și identificării proiective. Am descris începutul gândirii verbale ca aparținând poziției depresive; dar depresia care este specifică acestei faze este în ea însăși ceva pe care obiectele personalității psihotice și, prin urmare, dezvoltarea gândirii verbale le atacă, elementele încoate fiind expulzate din personalitate prin identificare proiectivă, oricând se produce depresia. În lucrarea prezentată la Congresul internațional din 1955, Segal (1956) desenează maniera în care psihicul tratează depresia; vă uimii la descrierea ei ca aparținând acelei părți a poziției depresive incluse aici în discuția dezvoltării gândirii verbale. Dar, am spus-o, chiar într-o fază mai timpurie a poziției paranoidschizoide, procesele de gândire în dezvoltare sunt de fapt distruse. La acest stadiu nu există îndoială în privința gândirii verbale, dar numai în forma unei gândiri verbale primitive încoate. La acest stadiu, identificarea proiectivă

excesivă previne interiorizarea și asimilarea lină a impresiilor organelor de simț, denigrând astfel personalității baza fermă pe care poate să continue inițierea gândirii preverbale. Mai mult, nu numai vă gândirea este atacată, ca fiind ea însăși o legătură, dar factorii care asigură coerența gândirii însăși sunt, de asemenea, atacați, astfel că, în final, elementele de gândire, unitățile, ca să spunem așa, din care este alcătuită gândirea nu pot și articulate. Creșterea gândirii verbale este, prin urmare, compromisă atât de atacurile continue pe care le-am descris ca tipice poziției depresive, cât și prin îndelungata istorie a atacurilor împotriva gândirii de orice fel care o precede pe cea verbală.

Încercarea de a gândi, care este o componentă centrală a întregului proces de reparare acului, implică folosirea modurilor preverbale primitive care au suferit mutilare și identificare proiectivă. Aceasta înseamnă că particulele expulzate afecului și concrescențele lor trebuie să fie aduse înapoi sub controlul și, prin urmare, înăuntrul personalității. Prin urmare, identificarea proiectivă este inversată și obiectele sunt aduse înapoi pe aceeași cale pe care au fost expulzate. Aceasta a fost exprimată de un pacient care a spus că el folosea un intestin pentru a gândi, nu un creier, și accentua acuratețea acestei descrieri, corectându-mă când, într-o ocazie ulterioară, i-am spus că luase ceva înăuntru, înghițindu-l; „Intestinul nu înghite”, mi-a răspuns el. Pentru a fi aduse înapoi, obiectele de acest tel trebuie să fie comprimate. Datorită ostilității

funcției de articulare respinse, ea însăși devenită acum un obiect, obiectele pot fi împreunate nepotrivit, sau aglomerate. Am sugerat, în discuția căitului clinic, că ochelarii închiși erau un exemplu al unei asemenea aglomerări de obiecte bizare, produse ale identificării proiective a eului. Mai mult, că datorită neputinței pacientului de a distinge între asemenea obiecte și obiectele reale, el trebuie deseori să aștepte producerea de evenimente potrivite care să-i ofere ideograma cerută de nevoia sa de comunicare, și că acest caz era o contraparte a lui, anume un exemplu de înmagazinare a unui eveniment, nu din cauza semnificației lui nevrotice, ci datorită valorii lui ca ideogramă. Rezultă că uzul specific ai ochelarilor închiși este destul de avansat. Pe de o parte, înmagazinarea unui asemenea eveniment, pentru a fi folosit ca ideogramă, aproximează descrierea lui Freud de căutare a informațiilor, astfel că cic pot fi deja familiare, în caz că o nevoie urgentă apare, ca o funcție a atenției și unul din aspectele eului. Pe de altă parte, ea indică, deși în acest exemplu într-o formă destul de rudimentară, o aglomerare iscusită care are succes în transmiterea înțelesului. Acum, ameliorarea surprinzătoare și chiar descurajantă, de care am menționat, atinge acest punct al aglomerării iscusite. Pentru că am constatat nu numai că pacienții recurg, din ce în ce mai mult, la gândirea verbală obișnuită, arătând deci o capacitate crescută pentru ca și o considerație crescută pentru analist ca o ființă umană obișnuită, dar ei, de asemenea, par să devină din ce în ce mai

iscușiți la acest tip de aglomerate, decât cu vorbirea articulată. Aspectul principal al vorbirii civilizată constă în aceea că simplifică considerabil sarcina celui care gândește sau a celui care o folosește. Cu această unealtă, problemele pot fi rezolvate deoarece ele pot fi, cel puțin, enunțate, pe când fără ca anumite întrebări, indiferent cât de importante, nu pot fi nici măcar formulate. Și este extraordinar turul de forță prin care anumite moduri de gândire primitivă sunt folosite de către pacient pentru a formula teme de mare complexitate. Această capacitate o consider foarte semnificativă, ea îmbunătățindu-se concurent cu avansuri mai binevenite. Spun mai binevenite pentru că nu sunt satisfăcut când conținutul unei asociații este ignorat pe motiv că interpretarea lui l-ar face pe analist să vorbească infinit mai mult decât pacientul. Care este, de exemplu, interpretarea corectă a conținutului stricturilor morale? Și, decizând aceasta, care este procedura corectă? Cât de mult trebuie cineva să continue cu elucidarea?

Particulele care trebuie să fie folosite împărtășesc, așa cum am văzut, calitățile lucrurilor. Pacientul simte aceasta ca un obstacol în plus în calea reintrării lor. Pe măsură ce aceste obiecte, care sunt simțite că au fost expulzate prin identificare proiectivă, devin infinit mai rele după expulzare decât erau în timpul expulzării, pacientul se simte deranjat, asaltat și torturat de această reintrare, chiar dacă voită de el însuși. Aceasta este indicată, în exemplul dat. De mișcarea convulsivă a pacientului și de reacția

izbitoarea la interpretarea „strălucită”. Dar ultima arată, de asemenea, că simțurile, ca parte a eului expulzat, au devenit dureros de comprimate după ce au fost luate înapoi, și aceasta este adesea explicația halucinațiilor tactile, auditive și vizuale dureroase, în menhina cărora pacientul simte că trudește. Fiind supuse aceleiași mecanism, depresia și anxietatea sunt similar intensificate până când pacientul este forțat să le facă față, așa cum a observat Segal, prin identificare proiectivă.

Concluzie

Experiența practică cu aceste teorii m-a convins că ele au o valoare reală și conduc la ameliorări pe care chiar psihanaliștii le pot considera că merită să fie serios încercate și cercetate. În schimb, nu cred că este probabil ca progresul real cu psihoticii să aibă loc până când nu se dă importanța cuvenită naturii divergenței dintre personalitatea psihotică și cea nepsihotică și, în special, rolului jucat de identificarea proiectivă în partea psihotică a personalității, ca substitut pentru regresia din partea nevrotică a personalității. Atacurile distructive ale pacientului asupra eului său și înlocuirea refulării și interiorizării prin identificarea proiectivă; trebuie să fie supuse pre-elaborării. Mai mult, consider că aceasta este adevărată pentru bolnavul sever nevrotic, în care cred că există o personalitate psihotică ascunsă de nevroză, așa cum personalitatea nevrotică este ecranată de psihoză în psihotic, care trebuie să fie descoperită și tratată.

Comentariu

În 51, cu toate că vorbesc despre dezvoltări, „care sunt semnificative analitic”, în realitate voiam să spun că erau semnificative terapeutic. Consider mai puțin importantă ideea că dezvoltarea este semnificativă terapeutic, decât ideea că dezvoltarea este semnificativă psihanalitic. Dezvoltarea ar putea fi considerată semnificativă atât terapeutic, cât și psihanalitic, însă ideea din urmă o consider dintr-o altă categorie, mai importantă decât cea dintâi. În același paragraf fac referiri la ameliorări, dar „ameliorarea” trebuie să existe în opinia cuiva și conform unui standard stabilit (dar nementionat). Acea evaluare este utilă în măsura în care tinde să măsoare schimbarea, oricât de vag ar face-o; evaluarea în sine nu are însă semnificație (și cu atât mai puțin unica semnificație) pentru psihanaliză, în sensul în care o au „cura” și „ameliorarea” în domeniul medicinei. Evaluările de natură morală sau socială sunt împrumutate din religie sau morală sau politică, fără a se ține seama de aplicabilitatea lor în psihanaliză; ceea ce e cu atât mai surprinzător, prin faptul că criteriile analizandului sunt materiale adecvate investigării. Nu pun la îndoială „ameliorările”; pun însă la îndoială acceptarea fără discuție a ameliorării ca scop sau dorință proprie psihanalistului. Cum am spus, în psihanaliză nu este loc pentru dorință; nu e loc pentru memorie, care se bazează pe și e inseparabilă de dorințele legate de activități trecute și diferite de psihanaliză. Dorința de a fi un bun psihanalist te împiedică să fii psihanalist.

Astăzi nu aş merge mai departe de ultima

propoziție: „ameliorările observate merită să fie investigate psihanalitic”. Dacă aş spune mai mult, aceasta ar semnifica impunerea unui standard de dezvoltare care ar exclude aplicarea altor standarde de dezvoltare, cât şi elucidarea provenienţei şi rolului lor în psihanaliză.

Recunoaşterea limitată a lucrărilor anterioare poate fi surprinzătoare. Acesta este un aspect al muncii psihanalitice de care am devenit mult mai convins. Un psihanalist are nevoie de capacitatea de a vedea implicaţiile ce rezultă din afirmaţiile pacienţilor şi predecesorilor săi în psihanaliză, şi nu din multitudinea modurilor zicerii. Implicaţiile lucrării lui Freud *Formulări asupra a două principii ale funcţionării psihice* (1911) au fost pe larg recunoscute de psihanalişti. Aceasta nu înseamnă că au fost recunoscute de un anume psihanalist. Ca de obicei, memoria oferă un substitut rapid, cel puţin în aparenţă, care împiedică iniţierea unei evoluţii în mintea cititorului. Consider că ceea ce am spus despre şedinţele de psihanaliză este aplicabil şi pentru *experienţa* citirii muncii psihanalitice. Lucrarea lui Freud trebuie citită şi „uitată”. Doar aşa pot fi create condiţiile în care, la o nouă lectură, lucrarea poate stimula evoluţia în continuare. Doar pentru lucrările cele mai bune există timpul necesar de a face asta; dar numai cele mai bune lucrări au puterea de a stimula o lectură *defensivă* (a conţinutului lucrării) ca substitut al experienţei lucrării înseşi – ceea ce în altă parte am numit Transformare sub C, în contrast cu Transformarea sub O. Aceleaşi comentarii se aplică şi lucrărilor

menționate ale Melaniei Klein.

Nu toți psihanaliștii vor îmbrățișa această concepție că lucrările psihanalitice trebuie tratate drept experiențe afectând dezvoltarea cititorului. Nu susțin că problema este a unei selecții conștiente, determinate de dorințele cititorului, însă anumite cărți, ca și anumite cărți de artă, stârnesc sentimente puternice și stimulează dezvoltarea vrând-nevrând. După cum știe oricine, așa s-a întâmplat cu Freud.

Deoarece am dezvoltat această temă în comunicarea asupra *Schimbării catastrofice* (Bion, 1966), nu voi continua discutarea problemei aici. Lucrările asupra cărora v-am atras atenția aici reprezintă multe ore de lectură serioasă - la început ar putea să nu pară așa. Le-am găsit revelatoare, dar neadecvate; deși lucrarea mea este neadecvată, nu știu încă ce să fac pentru a sugera îmbunătățirile în plus față de ce am spus mai sus despre transferul psihotic; las, prin urmare, totul așa cum am scris. Vederile enunțate în 58 sunt tratate mai pe larg în lucrarea mai recentă *Atacuri împotriva legăturilor* (Bion, 1958; supra).

În 63 - 68 am oferit o descriere care în intenție reprezintă experiența propriu-zisă a unei ședințe. Cred că experiența a fost excepțională. Pacientul a cooperat în limitele stabilite de starea sa mentală: se considera „bolnav” și necesitând „tratament”. Și el părea să considere psihanaliza ca și cum era un tratament. Am acceptat aceasta, însă acum cred că orice vedere întreținută de un analizând ar trebui pusă sub semnul îndoielii.

Instrumentul psihanalistului este atitudinea de îndoială filosofică; perpetuarea acestei „îndoieli” este de primă importanță, pe ea putând fi construită psihanaliza. Un pacient care atacă legătura își va manifesta aversiunea față de stabilitatea psihanalistului de a păstra o atitudine dubitativă și va depune eforturi constante pentru a stimula dorințele și memoria psihanalistului. Dovada „ameliorării”, care m-a impresionat și m-a satisfăcut, nu făcea parte din munca psihanalitică.

Aceasta temă este abordată la sfârșitul lui 68 și discutată în 69. Când un pacient este atât de tulburat încât merită un diagnostic psihiatric, nu e surprinzător că rudele, prietenii, pacientul însuși și psihanalistul tind să cadă de acord în ce privește „cura” și „tratamentul”. Cel mai serios afectat pacient poate însă manifesta scipiri de intuiție care reamintesc viața sa mentală adesea pierdută din vedere. Invers, persoane cu insighluri puternice sunt atacate ca nebune. În lucrarea despre *Schimbarea catastrofică* (Bion, 1966), am atras atenția asupra unui caz binecunoscut din cultura creștină și am semnalat o configurație în care acest element este repetat în mod constant. E necesar să-ți dai seama de „ameliorare”, care poate funcționa ca o negare a calităților mistice din individ. Eroarea opusă vede în tulburarea mentală profundă dovada geniului. Las acea lucrare spre o examinare ulterioară, dar repet motivele neîncrederii în „cură” sau „ameliorare”; nu pentru că m-aș îndoii de existența unei realizări approximate de acești termeni, ci pentru că tendința de echivalare a psihanalizei cu

„tratamentul” și a „curei” cu ameliorarea este un avertisment al restrângerii psihanalizei; limitarea vizează dezvoltarea analizândului în interesul menținerii grupului netulburat. La concluzia din 70 nu am nimic de comentat în măsura în care poate fi un apel la mai multă psihanaliză; chiar așa, o consider redundantă, deoarece psihanaliza nu are nevoie de acea reclamă și de proceduri politice. Dimpotrivă, cei care au nevoie de trucurile politicianului nu vor dori psihanaliza.

6. DESPRE HALUCINAȚIE

71. Descrierile de halucinații care îmi sunt familiare nu au acuratețea necesară materialului potrivit pentru interpretarea psihanalitică. În această lucrare descriu câteva observații detaliate asupra halucinației și rezultatele care decurg din ele. Sper să vă conving că astfel de observații ale proceselor halucinatorii sunt de o importanță esențială și produc satisfacții.

Conținutul lucrării este strict limitat, în sensul că mult din materialul care ar fi contribuit la claritate a fost exclus. Trebuie să indic două categorii importante de fapte care sureră de pe urma acestei limitări. Mai întâi, întreg materialul din această lucrare provine din aplicarea practică a teoriilor prezentate în lucrarea mea adresată Societății Britanice de Psihanaliză, pe 6 octombrie 1955, asupra *Diferențierii personalității psihotice de cea nepsihotică* (Bion, 1956; supra). Sunt constrâns să presupun familiaritatea cititorului cu ele, precum și recunoașterea făcută atunci a ceea ce datorez lucrărilor în acest domeniu ale Melaniei Klein și colaboratorilor ei. În al doilea

rând, trebuie să subliniez că, deși deghezate, descrierile clinice provin din analiza unui pacient care a fost, însă acum nu mai este, diagnosticat legal ca schizofrenic. Experiențele cu alți doi pacienți în analiză, care au fost și ei diagnosticați la fel, au aruncat lumină asupra cazului. Sper că restul lucrării va oferi un minimum de fapte necesare înțelegerii, întrucât voi trece pe dată la descrierile clinice.

72. Pacientul a sosit punctual și am cerut ca el să fie invitat în cabinet. Deoarece fusese în analiză cu mine de mulți ani și o muncă apreciabilă fusese realizată, nu mă surprinde când apare fără multă vorbă, deși o asemenea progresie neceremonioasă nu fusese mereu o regulă.

Intrind în cabinei, îmi aruncă o privire rapidă; o asemenea privire scrutătoare francă evoluase pe parcursul ultimelor șase luni și era încă ceva nou. În timp ce închid ușa, se îndreaptă către canapea, cu fața spre pernele de la cap și spre scaunul meu, și stă, cu umerii gârboviți, genunchii îndoiți, capul aplecat înspre scaun, nemișcat, până ce am trecut de el și sunt pe punctul ție a mă așeza. Mișcările îi par atât de strâns angrenate cu ale mele, încât începutul mișcărilor mele de așezare pare să declanșeze în el un resort. Pe când mă adâncesc în scaunul meu, se întoarce spre stânga încet, uniform, ca și când ceva s-ar putea vărsa sau, poate, fractura, dacă s-ar da de gol printr-o mișcare precipitată. Odată așezat, mișcarea de întoarcere încetează, de parcă am fi amândoi părți ale aceleiași jucării mecanice. Pacientul, acum cu spatele la mine, se oprește la un moment dat,

îndreptându-și privirea spre podea, aproape de
acel colț al încăperii care s-ar afla la dreapta și în
fața lui dacă ar sta întins pe canapea. Această
pauză durează poate o secundă și e sfârșită printr-
un tremur al capului și al umerilor, atât de ușor și
de rapid, încât aş putea crede că m-am înșelat.
Totuși, ea marchează sfârșitul unei faze și
începutul următoarei; pacientul se așază pe
canapea, pregătindu-se să se întindă.

Se culcă încet, fără a scăpa din ochi același
colț al podelei, întinzându-și lung capul înainte,
din când în când, în timp ce se lasă pe spate pe
canapea, neliniștit parcă să nu îl piardă din
vedere. Scrutarea sa e circumspectă, de parcă s-ar
teme de consecințele de a fi surprins.

În sfârșit, stă culcat; alte câteva priviri furișe
și e liniștit. Apoi vorbește: „Mă simt cam gol
înăuntru. Deși n-am mâncat aproape nimic, nu
poate să fie asta. Nu, n-are rost; n-am să mai pot
face astăzi”. Apoi, recade în tăcere.

Până aici ședința se deosebește puțin de
multe altele, ntu prea știu când am început să
observ, printre variatele forme de deschidere,
trăsăturile asupra cărora v-am atras atenția în
această relatare. Tiparul trebuie să se fi aflat
deseori acolo, chiar dacă ascuns de uite trăsături
careneccsatau o interpretare mai urgentă, cum mi
s-a părut la acel timp. Impunerea treptată, prin
repetare constantă, a unui tipar de comportament
care părea deja familiar atunci când l-am
identificat, era o experiență obișnuită cu acest
pacient. Deocamdată doresc să discut doar un
aspect al trăsăturilor relevante halucinației.

Când pacientul mă privea, el lua o parte din mine înăuntrul lui. Partea era luată în ochii lui, după cum i-am interpretat mai târziu gândul, ca și cum ochii lui puteau suge ceva din mine.

Partea a fost apoi scoasă din mine, înainte de a mă așeza, și expulzată din nou prin ochii lui, astfel încât era depozitată în colțul din dreapta al camerei, unde o putea ține sub observație în timp ce sta întins pe canapea. Expulzarea completă a durat un moment sau două. Tremurul pe care l-am descris era semnalul că expulzarea s-a încheiat. Apoi, și numai apoi, ființă halucinația. Nu sugerez că totul mi-a fost revelat prin comportamentul pacientului în această serie de ședințe. Faptul că își simțea organele de simț ca expulzând și, de asemenea, primind, a ieșit la iveală treptat, de-a lungul anilor, până când, în sfârșit, mi s-a revelat, fiind confirmat de către pacient la timpul convenit. Am propus aceasta ca fiind primul pas în înțelegerea fenomenului halucinatoriu: dacă pacientul spune că vede un obiect, poate însemna că un obiect extern a fost perceput de el sau poate însemna că el evacuează un obiect prin ochii săi: dacă spune că aude ceva, poate însemna că el evacuează un sunet – ceea ce *nu* e la fel cu producerea unui sunet: dacă spune că simte ceva, poate însemna că senzația tactilă este scoasă în afară, aruncată de pielea sa. Sesizarea dublului sens pe care îl au verbele de simț pentru psihotic face posibilă uneori detectarea unui proces halucinatoriu, înainte ca acesta să se trădeze prin semne mai familiare.

Trec acum la conținutul halucinației: în ce

constă el? Mai întâi îmi limitez atenția asupra obiectului presupus a fi depozitat în colțul încăperii: sunt condus la acesta, deoarece, judecând după privirile lui, obiectul îi solicită mintea pacientului cel mai mult. Este în mod evident un obiect ostil: scoaterea lui în afară l-a golit pe pacient; prezența lui îl amenință și-l face să se teamă că nu va mai putea beneficia de ședință. Natura inspectării obiectului de către pacient și semnificația ei, ușor accesibile la suprafața frazelor sale incoerente, spun atâta lucru.

În plus, însă, am în minte sfârșitul ședinței din ziua precedentă. Pacientul fusese ostil și se temea că mă va omorî. Am putut să îi arăt că își cliva sentimentele dureroase, mai cu seamă invidia și răzbunarea de care spera să scape, forțându-le în mine. Acolo s-a sfârșit ședința. Melanie Klein a descris cum produce acest mecanism probleme pacientului prin generarea fricii de analistul care este acum un conținător al părții lui rele. Eram familiarizat cu această secvență din analiza pacientului, astfel încât mă așteptam ca o ședință, care se încheia în acest fel, să se continue în următoarea. Așa s-a și întâmplat; evenimentele din ședința pe care o descriu arătau că interpretarea comportamentului pacientului drept o încercare de a scoate din mine aceste aspecte rele ale lui, înainte de a încerca să ingereze cura, era corectă.

73. Halucinațiile și fantasma că simțurile evacuează și receptează, totodată, indică gravitatea tulburării de care suferă pacientul;

însă, trebuie să semnalez o calitate benignă în simptom, care cu siguranță nu era prezentă mai devreme. Clivajul, uzul evacuatoriu al simțurilor și halucinațiile erau, toate, în slujba ambiției de vindecare, putând deci fii considerate activități creative. Contrastarea acestei experiențe cu episoade similare, dar mai timpurii, ajută la lămurirea amândurora. Mai întâi, experiența din urmă are o coerență, un grad de integrare care lipsiseră în ședințele anterioare. Chiar propozițiile dezlânate produceau fără dificultate impresia după care bizara sinteză, ca de automat, de mișcări fizice în care pacientul și analistul sunt angrenați împreună, ca jucăriile mecanice, pune laolaltă cele două obiecte, chiar dacă relația lor este golită de viață. În fine, clivajul este asemănător celui descris de Melanie Klein ca o separare a sânnului rău de cel bun, a dragostei de ură. Acest pacient încercase să pună laolaltă obiecte cu cel puțin trei ani și jumătate înainte. Obiectele fuseseră puse laolaltă cu asemenea violență, încât fisiunea și fuziunea erau reprezentate în termenii unor explozii atomice. În final, clivajul, care mi-a fost familiar pe tot parcursul analizei, a început să-și schimbe caracterul până când, în exemplul pe care l-am dat, este realizat cu oarecare delicatețe și cu o grijă față de structura și funcțiunea psihică; denumirea de clivaj, care se justifică prin dezvoltarea istorică a analizei pacientului, devine îndoielnică prin natura intrinsecă a activității. Freud (1893) a folosit termenii de clivaj și disociație (în *Câteva observații privind siudiul*

comparativ ai paraliziilor isterice și organice) fără să-i diferențieze, dar mi se pare că fenomenele examinate la acest pacient serios afectat, ca și la alții, pot fi cel mai bine descrise de termenul „clivaj”, așa cum e folosit de Melanie Klein, folosind termenul de „disociație” acolo unde e vorba de o activitate mai benignă. Procesele originare de clivaj manifestate de acest pacient erau violente, menite să producă o minuțioasă fragmentare și căutând dinadins să efectueze separații care se împotrivesc direct oricăror linii naturale de demarcație între o parte a psihicului, sau o funcție a psihicului, și alta. Pe de altă parte, disociația pare mai moderată și respectă liniile naturale de demarcație între obiecte întregi, și urmează într-adevăr acele linii de demarcație pentru a efectua separația: pacientul care disociază e capabil să simtă depresia. Disociația mi se pare totodată că dezvăluie dependența de gândirea verbală elementară, cum ar părea într-adevăr să indice afirmația lui Freud că „în paraliziile isterice acționează ideea comună, populară despre organe și despre corp în general”. Acolo unde doresc să accentuez aspectul evolutiv al activității în istoricul analizei pacientului, voi continua să folosesc termenul de clivaj; unde doresc să vorbesc despre un proces benign referitor la partea nepsibotică a personalității, voi vorbi de disociație.

Sper că este limpede acum că discut despre un pacient psihotic care a atins un stadiu de evoluție în care impulsurile creative se pot discerne și chiar detecta drept cauze ale

mecanismelor mentale care, la începutul analizei sale, apăreau într-un totu'! utile dorințelor distructive.

Nu am dat cu această ocazie pacientului explicațiile pe care le-am dat aici pentru că, după cum am spus, el era deja familiarizat cu faptul că nu era sigur dacă o senzație dată, oarecare, era un semn că ceva era interiorizat de el sau un semn că ceva fusese, sau era, evacuat de el. Relatarea unui episod din una dintre primele ședințe în care devenea tot mai evidentă natura experienței halucinalorii poate să dea o idee asupra câtorva din dificultățile interpretării. Atrăsesem atenția pacientului meu asupra faptului că atunci când spunea, cu o evidentă anxietate perscutorie, „Lacrimile îmi vin în ochi”, voia să spună că aceste lacrimi îi veneau în ochi din afară și că aveau să-l orbească. Pe urmă s-a ridicat și s-a uitat țintă la peretele opus, cu o înfățișare și o ținută foarte asemănătoare cu cele avute în cursul evacuării unui obiect în colțul din dreapta al încăperii. Când, după cum mi s-a părut, evacuarea a fost completă, a spus: „Un om mi-a zis că e bine să fi deprimat”. Eram destul de sigur că eu eram omul și că aceasta era ceea ce mă auzise spunând, dar simțeam că îmi lipsea orice dovadă care să sprijine interpretarea relevantă a acelor rânduri și i-am spus: „Cred că îl vezi pe omul acela în fața ta acum”. A răspuns: „S-a întunecat cu totul. Nu pot să văd. Sunt închis înăuntru”. Acest răspuns poate părea la fel de deconcertant cum mi s-a părut și mie, până când am realizat că atunci când mecanismele psihotice erau în prim planul

activității sale mentale, pacientul simțea că același mecanism și aceleași nuxluri de gândire erau întrebuințate de mine. Mulțumită cunoașterii acestui lucru, mi-am dat seama că pacientul credea că eu trebuie să-l fi văzut pe omul care era vizibil pentru el. După cum am explicat în altă parte, obiectele bizare tic care se simte înconjurata partea psihotică a personalității, atunci când identificarea proiectivă este excesiv de activă, se compun întotdeauna dintr-o diversitate de elemente, unul fiind o parte a personalității pacientului însuși. Prin urmare, dacă am văzut omul, o parte a personalității pacientului, care era contopită cu acest obiect, fusese absorbită în mine prin ochii mei. Se poate observa că descriu în oarecare detaliu manifestarea clinică a stărilor confuzionale ce au fost descrise de Melanie Klein și conirmale de Herbert Rosenfckl. Așadar, i-am spus pacientului că își simțea o parte din sine înghițită cu lăcomie de ochii mei. Care interiorizaseră nu numai omul văzut de el, ci și puțin din el însuși.

Revenind la ședința pe care o folosesc drept principală sursă a materialului clinic pentru această lucrare, reiau descrierea din punctul unde interpretasem activitatea halucinatorie a pacientului ca o încercare de a face față părților periculoase ale personalității sale. În timp ce îi dădeam interpretarea, el făcea mișcări convulsive, sacadate, care se limitau, mai ales, la partea superioară a corpului său. Fiecare silabă pe care o pronunțam părea că o percepe ca pe o lovitură ucigătoare din partea mea. Am sesizat acestea și

am spus că simțea că un obiect foarte rău îi era introdus, în parte de către mine care, credea el, încercam să mă descotorosesc de obiectul pe care îl luasem înăuntrul meu, și în parte de către el însuși, în ciuda precauției pe care o luase de a nu mânca aproape nimic. Deși nu mai dorea să fie lacom, îi rămânea totuși lăcomia, asupra căreia simțea că nu mai are niciun control.

Mu i-am explicat pacientului referirea mea la lăcomie, deoarece am presupus că el era deja familiarizat, prin munca pe care o făcusem în prealabil, cu faptul că adesea își folosea ochii drept organe de ingeslie. Astfel încât să-și poată satisface lăcomia, deși obiectul lui căuta să se ferească de orice contact fizic. Presupunerea mea s-a dovedit, în cazul de față, corectă, dar, de fapt, descoperisem adeseori că asemenea presupuneri, care, dacă se adevereau, îmi îngăduiau să-mi feresc interpretarea de o supra-încărcare cu detalii, se dovediseră inaccesibile înțelegerii pacientului înainte ca să-și fi dezvoltat capacitatea de integrare.

Mișcările convulsive s-au oprit și a spus: „Am pictat un tablou”. Tăcerea care a urmat însemna că materialul pentru următoarea interpretare se afla deja în posesia mea.

74. Trăsăturile tabloului pe care l-a pictat trebuie căutate în totalitatea materialului din care interpretarea mea a iluminat până acum un aspect numai, și anume cel pe care l-am schițat ca focalizându-se asupra obiectului rău, retras de către el din mine și depozitat imediat în colțul din dreapta al încăperii. Sarcina mea era, prin

urmare, de a examina toate evenimentele din ședință până în acel moment, de parcă erau un palimpsest în care trebuia să detectez un alt tipar, al cărui contur se confunda cu cel pe care l-am dezvăluit deja fit interpretarea mea. Înainte să trec la examinarea acestui tipar, i-am interpretat pacientului un aspect al situației asupra căruia vă atrag atenția. În el, pacientul joacă un rol dominant și exprimă, cu un grad neobișnuit de urgență și forță, o convingere în capacitatea sa de a comunica subiecte, care simte el că merită, unei persoane pe care o consideră receptivă la ele. Dar, am spus eu, eram și o parte a tabloului pictat de el atunci când ne-a preschimbât pe amândoi în două automate aflate într-o relație reciprocă, dar fără viață. A răspuns: „Radioul din vecini m-a ținut treaz toată noaptea trecută”.

Știam că asocia puternicele sentimente de persecuție cu toate aparatele electrice și am spus că se simțea atacat de electricitatea care, simțea el, era ca viața și sexul îndepărtate de el din cele două obiecte, împinse în afară lui, când își picta tabloul. A spus: „Chiar așa” și apoi a remarcat că nu știa ce se va întâmpla după ședință, încheiată de fapt în acel punct.

Această ședință, ca și alte câteva care atinseseră un nivel asemănător de integrare, a fost numită de pacient o ședință „bună” și, într-o oarecare măsură, aceasta poate fi acceptată drept o confirmare plăcută a unei judecăți pe care eu însumi eram dispus să o fac. Am observat însă că asemenea ședințe „bune” erau urmate cu mare consecvență de ședințe „rele”, adică ședințe în

care pacientul părea să revină la o stare mentală aparent necooperantă și producea un material pe care eu, mai mult ca sigur, îl găseam aproape imposibil de interpretat. Preocupările în legătură cu ceea ce se va întâmpla după ședință se datorau în parte propriei sale realizări a acestui fapt. Li displăcea perspectiva pierderii a ceea ce recunoștea acum drept o stare mentală agreabilă, și anume cea care însoțea conștientizarea cooperării. Munca în această problemă a dezvăluit un număr de cauze auxiliare, ca de pildă: ura și invidia față de analist sau pacient, ori față de colaborarea amândurora pentru o reușită creativă; o metodă de ispășire a vinci de a fi beneficiat; sau o ispășire a vinei de a fi implicat în ceea ce, fiind o cooperare prietenească, reprezenta pentru pacient un act sexual. În ședința pe care am descris-o, ar fi de așteptat ca problema din urmă să fie pusă în practică cu deosebită forță și convingere, mai cu seamă având în vedere implicația, din interpretarea mea, a unei presupus existente legături sexuale, chiar negate.

De l'apt, ședința următoare a avut numeroase din trăsăturile unei așa numite ședințe rele, deși motivul pentru care o raportez este acela al iluminării problemelor noastre, și nu dimpotrivă. Găsesc foarte dificilă descrierea unei asemenea ședințe, deoarece nu este posibil să se ia notițe, chiar imediat după o ședință, despre lungi pasaje de verbalizare a căror semnificație, dacă există, mie îmi scapă. Sunt pregătit să garantez pentru gradul rezonabil de acuratețe al raportului meu despre comportamentul pe care am reușit să-l

interpretez.

Pacientul a intrat în cabinet, mi-a aruncat o privire rapidă, a așteptat până am ajuns la scaun și apoi s-a întins imediat. A spus cu o voce voalată: „Nu știu cât de mult voi putea să fac astăzi. La urma urmei, m-am descurcat destul de bine ieri”. În acel moment am simțit că atenția lui începea să se abată, iar el se poticnea în vorbire. Acest tip de deschidere era destul de familiar ca preludiu ai unei ședințe rele. A continuat: „Hotărît, sunt anxios. Puțin. Totuși, presupun că asta nu contează”. Devenind deodată și mai incoerent, a continuat: „Am cerut niște cafea. Ea părea necăjită. Se poate să fi fost vocea mea, dar desigur era o cafea bună. Nu știu de ce n-ar trebui să-mi placă. Când am trecut pe lângă grajduri, credeam că zidurile se bombau în afară. Am revenit mai târziu, dar totul era în ordine”. A fost mai mult material pe care nu pot încerca să-l reconstruiesc. A continuat să vorbească, ezitant, cu mici pauze, timp de cinci minute sau mai mult. În ansamblul materialului, eșantionul pe care l-am redat este foarte reprezentativ, exceptând faptul că referirea la cafea și la grajduri avea numeroase asociații pentru pacient și pentru mine, în acest stadiu al analizei; materialul următor, însă, nu avea nicio valoare asociativă de care știam, indiferent de semnificația lui pentru pacient.

75. Cum am spus, acest tip de comportament îmi era cunoscut. Fusesse o regulă în stadiile timpurii ale analizei și era obișnuit după ședințele „bune”, însă, pentru a clarifica natura problemei cu care m-am confruntat în această ședință,

trebuie să spun mai mult despre el. Deși nu transpare în relatarea pe care am făcut-o, pacientul era capabil să se exprime coerent verbal. În decursul ultimului an îmi arătase într-o împrejurare că era capabil să revadă psihanalitic unele experiențe emoționale prin care trecuse, rezultând într-un insight bun a stării sale mentale și a muncii analitice din cursul analizei din anii premergători. Fusesse o reacție la o interpretare pe care părea să o ia drept o desconsiderare a înțelegerii sale, dar dovedise că, de fapt, învățase mult și o putea folosi. Nimic nu era mai contrastant decât starea mentală dezvăluită în acea izbucnire, față de cea pe care o prezenta de obicei, și cu care mă confruntam în ședința ce o descriu acum. Părea că toate interpretările pe care le-am dat vreodată trebuiau să fie date din nou, dar era la fel de evident că aceste interpretări nu-i vor spune nimic nou. Într-adevăr, răspunsul său la interpretarea pe care i-am dat-o arăta că bănuiala mea era corectă, (-am semnalat că îmi demonstra cât de „mult” putea face, fără să-i pese de calitate. A răspuns că își așezase gramofonul pe scaun, ceea ce era felul său de a-mi arăta că interpretarea mea combina caracteristicile unei înregistrări cunoscute lui și ale unei defecări. Aveam motive să presupun, la foarte scurt timp după aceea, că răspunsul lui era mai mult decât o simplă critică.

Nu eram dispus să repet interpretările pe care eram sigur că și le putea face și singur, dar, cu toate acestea, existau unele momente-l imită care simțeam că trebuiau repetate. Efectul acestor

interpretări nu a condus la alte eforturi asemănătoare. Simțeam că îmi epuizasem rezerva de explicații și eram mai îngrijorat de cauzele posibile ale revenirii pacientului la un tipar de comportament ce părea să dezmință eficacitatea oricărei abordări analitice a problemelor lui. Ceva trebuie să se fi întâmplat, dar ce? l-am atras atenția asupra faptului că avea ce adesea munca o sedință „rea”, și că trebuia să existe o explicație. Părea că o acceptă, dar nu a oferit nicio explicație și nici nu am putut detecta vreuna în materialul lui. Unicul motiv ce nu mi-a trecut prin minte, dar care. În lumina evenimentelor ulterioare, m-ar fi putut duce la o oarecare lămurire a materialului, era posibilitatea ca el să fi avut un vis.

Pacientul acesta începuse să-mi raporteze sporadic vise. Era un eveniment relativ recent, de numai trei sau patru luni, dar în absența asociațiilor nu mă simțeam capabil să înaintez prea incit dincolo de câteva sugestii evidente; de pildă, că el simțea că avea ceva important să-mi spună sau că mă simțea că sunt lipul de persoană care le înțelege.

76. Nu pot spune acum ce anume în sedință m-a făcut să realizez pentru prima dată că pacientul avea halucinații. Se poate ca el să fi manipulat analiza și pe mine într-atâta, încât simțeam că nu mai eram un obiect independent, ci eram tratat de către el ca o halucinație. Bănuiala mea era că atunci când a spus că își așezase gramofonul pe scaun, el îmi refuza viața și existența independente în scaunul analitic și îmi trata interpretările drept halucinații auditive. Nu

am dat o interpretare imediată, dar am spus că, aparent, își reactiva o stare mentală care, să presupunem, îi devenise atât de importantă, încât o păstra ca obiect bun. Răspunsul lui a fost o mișcare a capului și a ochilor, de parcă cuvintele mele erau obiecte vizibile ce treceau pe deasupra capului său, ca să se înțepenească apoi în peretele opus. Acest comportament era cunoscut dintr-un stadiu timpuriu, și într-adevăr îl observasem la alți pacienți. Rodriguez raportează un comportament similar la copilul psihotic. În situații anterioare. Îi interpretasem comportamentul ca un semn că el vedea cuvintele mele drept lucruri și le urmărea cu ochii. Și-a exprimat ușurarea, atingând aproape amuzamentul, și a părut să fie de acord că vorbele mele erau văzute ca obiecte evacuate în formă de bucățele de fecale. Mi s-a părut apoi că halucinația avea o calitate de natură să liniștească, prin faptul că interpretările mele, percepute ca obiecte persecutoare, erau văzute trecând inofensiv pe deasupra capului. Am spus că vedea din nou obiecte trecând pe deasupra capului și i-am reamintit situația precedentă. De data aceasta, a devenit anxios și a spus: „Mă simt cam gol. Mai bine să închid ochii”. A rămas tăcut și foarte anxios și apoi a spus, oarecum apologetic, credeam eu: „Trebuie să-mi folosesc urechile. Pare că aud lucruri total greșit”. Asociația aceasta mi-a reamintit că e 1 nu observa o relație directă între mine și peretele opus, cum am presupus că se întâmpla în situațiile anterioare. Interpretarea mea era preluată înăuntru de urechile sale, dar într-un fel pe care-l simțea a fi „total greșit” -

adică crud și distructiv. Dacă era așa, atunci interpretările erau luate înăuntru, transformate de urechile lui și evacuate prin ochi. Aceasta părea atât de extraordinar, încât a trecut un moment sau două până când explicația m-a fulgerat. Am dat-o în următoarea interpretare: „Simțiți că urechile dvs. Mestecă și distrug tot ce vă spun”, i-am spus. „Sunteți atât de nerăbdător să scăpați de asta, încât evacuați imediat bucățile prin ochi”, l-am reamintit că atunci când își dorea cu lăcomie să ia ceva înăuntru, o făcea prin intermediul ochilor, pentru că ochii săi ajungeau la obiecte la mare distanță, pe care nu le putea atinge cu gura. Am continuat: „Acum vă folosiți ochii din motivul opus, altfel spus, pentru a arunca aceste bucățele de interpretare cât mai departe posibil de dvs.”. Pacientul părea extrem de înfricoșat, și totuși, când a aprobat, era o ușurare în vocea sa. L-am îndreptat atenția asupra fricii lui. Mi-a răspuns că se simțea prea vlăguit pentru a continua: „Leșin”. Am sugerat că se temea de mine deoarece simțea că mă distruge, atât pe mine, cât și interpretările mele, și, totodată, se temea că nu mai putea obține apoi suficiente interpretări care să-i vindece. Interpretarea aceasta i-a permis să-și continue asociațiile. Erau similare celor de la începutul ședinței, dar exista totuși o diferență. Am spus că văzuse un tablou în D... Avea în el un penis. Se plânse că distrusese un tablou făcându-l frumos în loc de urât. Spuse apoi: „Toate sunetele se transformă în lucruri pe care le văd în jurul meu”. Am interpretat că, din nou, îmi transforma interpretările în sunete și le evacua apoi prin ochi,

astfel încât le vedea acum drept obiecte înconjurătoare. A răspuns: „Atunci lotul din jurul meu e făcut de mine. Asta e megalomanie”. După o pauză, spuse: „Îmi place foarte mult interpretarea dvs.”. În paranteză, trebuie să adaug că, de atunci înainte, am putut sesiza cât de obișnuit era pentru pacient să dea semne de halucinație atunci când recepționa o interpretare care, dintr-un motiv sau altul, era neavenită. De pe canapea se uita încordat, privind parcă ceva într-un colț îndepărtat al încăperii. Devenise clar că acestea erau repetiții frecvente ale mecanismului pe care îl descriu. Voi sugera mai târziu câteva din implicațiile acestui substitut al negației.

77. În acest moment asociațiile lui au devenit mai puțin coerente. Din păcate, nu pot reia cu acuratețe acest material din motive transparente, cred eu. Asociațiile păreau să cuprindă segmente propoziționale, referiri trunchiate la ceea ce eu presupuneam a fi evenimente reale și un anume material care avea sens pentru mine, întrucât mai apăruse și în alte ședințe. Un timp apreciabil atenția mea s-a oprit asupra acestei parade de asociații, până la excluderea unui acompaniament specific de comentarii neîntrerupte la felul cum se simțea. Pe măsură ce acestea se impuneau, mi-am dat seama de o secvență care decurgea astfel: asociație, asociație, asociație, „hotărât, puțin anxios”, asociație, asociație, „da, ușor deprimat”, asociații, „puțin anxios acum”, ș.a.m.d. Comportarea lui era frapantă, dar ședința a ajuns la sfârșit fără ca eu să fi reușit să formulez o idee

clară despre ce se întâmpla. Am spus că nu știam de ce toată intuiția sa analitică și înțelegerea îi dispăruseră. Spuse „Da” compătimitor, și dacă un cuvânt poate fi tăcut să exprime „și cred că și intuiția ta trebuie să fi dispărut”, atunci așa a făcut MDA”-ul său în această ocazie.

Sedința următoare a început-o pe tonul sec pe care-l adopta în rarele ocazii când vorbea rațional și coerent. „Am avut un vis ciudat”, spuse el, „era cu o zi sau două în urmă”. Vocea îi deveni abătută pe parcursul acestei scurte comunicări, spre sfârșitul căreia am simțit că dispăruse orice urmă a tonului detașat. „Erați în el”, adăugă el. Era clar că nu mai aveam să aud despre acest vis, în orice caz pentru moment, și că nu vor mai fi alte asociații la el. Nu am fost prea neliniștit de asta, deoarece ajunsesem la unele concluzii despre natura viselor psihotice. Observasem că era necesară o muncă substanțială înainte ca un pacient psihotic să raporteze măcar un vis și că, atunci când o face, pare să simtă că a spus lot ce era necesar pentru raportarea faptului visat. Simțeam că pacientul aștepta să spun ceva. Nu era clar de ce pacientul își numea experiența „vis” și în ce fel o distingea de alte experiențe care, deși descrise de el în chip variat, păreau a fi halucinații. Am ajuns la concluzia că pacientul se referea la ceva ce i se întâmplase noaptea, când era în pat, și când, probabil, dormea. Simțeam că

„Visele” aveau atât de multe caracteristici comune cu halucinația, încât era posibil ca înseși experiențele halucinatorii din cabinet să servească la clarificarea visului psihotic. Dacă, de la ce am

afirmat deja despre halucinații, până la a presupune că, atunci când un pacient psihotic vorbește despre un vis pe care l-a avut, el crede că aparatul său perceptual e implicat în evacuarea a ceva și că visul este ceva evacuat din mintea lui, strict analog evacuării intestinelor, pasul e scurt. Un pacient nu poate raporta un vis fără o muncă analitică substanțială, și nu poate să facă această muncă analitică fără să simtă că dacă, să spunem, raportează un vis, el trebuie, într-un oarecare moment, să ti luat înăuntru acel vis. Pe scurt, pentru psihotic visul este evacuarea unui materia) care a fost luat înăuntru în ceasurile de veghe. Până ca visul psihotic să devină suficient de coerent pentru a fi cât de cât comunicabil, trebuie să aibă loc o dezvoltare substanțială. Înainte ca această dezvoltare să aibă loc, mă îndoiesc dacă se face conexiunea cu obiectele percepute. După aceasta, cred că ea are loc întotdeauna, peând cont de aceasta, încercarea de a înțelege visul pacientului devine mai simplă. Mai este încă o problemă; de ce spune pacientul că a avut un vis ciudat? Speram ca ședința să clarifice această chestiune. Între timp. Am spus că visul, împreună cu ședința „bună”, a fost cauza, neaflată de noi, a reactivării stării mentale din ședința „rea”. A răspuns: „eram nebun”. Atunci când predominau halucinațiile, clivajul, identificarea proiectivă și confuzia, el își descria aceste stări mentale drept „nebunie” sau „nesănătate”. Nu am făcut vreo observație aici, dar ara folosit eu însumi termenul „nebun” ori de câte ori îmi folosea ca metodă rapidă de referire la starea aceasta complexă.

„Pare că simțiți”, am spus cu, „că sunteți nebun atunci când îmi negați interpretările, luându-le înăuntru și descotorosindu-vă de ele pe dată. Trebuie să li simțiți că ele nu de a face cu visul ciudat. De ce vă mișcați astfel?”

Pacientul îmi întâmpină întrebarea cu o serie de spasme convulsive ale pieptului. Spuse că nu știa. „Gândurile mi se duc prea repede”.

78. De câte ori pacientul manifestase acest tip de acțiune, cel puțin în ultimele stadii ale analizei sale, ea îmi reamintea descrierea făcută de Freud activității motorii, de dinaintea instituirii principiului realității, al cărei scop nu urmărea modificarea mediului, ci descărcarea „aparaturii mentale de stimulii acumulați”. Am spus că acesta era felul său de a-și arăta sentimentele. „Ca și zâmbetul”, a răspuns el. Mișcările sale au încetat apoi, urmând o serie de asociații ce păreau să aibă aceleași caracteristici cu cele descrise de mine la sfârșitul ședinței anterioare. Încă întrebându-mă de ce ar fi considerat ciudat visul de către pacient, i-am ascultat asociațiile dezarticulate și comentariul direct adresat mic, ca „anxios”, „ușor anxios” și „deprimat”. După un timp credeam că am deslușit un tipar. Era ca și cum fluxul asociațiilor sale era pe cale de a deveni o evacuare prelungită; unele asociații erau simple fraze dezlănate, pe când altele erau mult mai articulate. Deși nu puteam fi sigur, credeam că raportarea anxietății sale era asociată cu materialul mai fragmentat, pe când raportarea depresiei, cu acele părți care tindeau să ție întreguri articulate. Am spus. Așadar: „Visul v-a înspăimântat și v-a

indispus, deoarece atunci când am intrat în el, ați simțit că eram o persoană reală pe care mintea dvs. A înghițit-o și era pe cale de a o pierde în timp ce dormeați. V-a făcut să credeți că, în timpul analizei dvs., o persoană reală, și nu un simplu obiect, trebuie să fie distrusă cu lăcomie". A început subit să vorbească destul de rațional despre o vizită ce plănuia să o facă pentru a-și vedea fratele. I-am atras atenția asupra schimbării în comportamentul său de când îi interpretasem visul. A răspuns: „Ce vis?", iar apoi, pentru a-și ascunde parcă uimirea, a spus: „O, da, cred că trebuie să-l fi uitat", dar, de fapt, nu am avut impresia că își amintise visul. Puțin mai târziu, spuse că simțea că făcuse un oarecare progres, dar era foarte deprimat și nu știa de ce. Munca din următoarele două săptămâni m-a convins că presupunerile mele despre visul său, și pe care îmi întemeiam interpretările, erau în mare măsură corecte. Mi s-a adevărat impresia că apariția obiectelor întregi în vise, și aiurea, este în același timp un semn de progres și o prevestire a depresiei, ce poate atinge o intensitate periculoasă dacă nu i se elucidează sursa. „Ciudățenia" visului pentru psihotic nu este iraționalitatea. Incoerenta și fragmentarea lui, ci revelarea prin el a unor obiecte percepute de pacient drept obiecte întregi și, prin urmare, drept cauze precise ale puternicelor sentimente de vinovăție și de depresie pe care Melanie Klein le-a asociat cu declanșarea poziției depresive. Prezența lor este simțită ca o dovadă că obiectele reale și valoroase au fost distruse. Pendularea

imediată înspre fragmentare nu permite, oricum, o ușurare adevărată, cum am arătat că era cazul în relatarea despre fluxul de asociații însoțit de comentariul neîntrerupt asupra sentimentelor pacientului, deoarece depresia înspăimântătoare este înlocuită, pur și simplu, cu anxietatea persecutoare.

Există două caracteristici periculoase ale situației pe care o descriu. H. Rosenfeld (1952) a arătat cum poate un pacient, care pune laolaltă fragmente pentru a forma un obiect întreg, să fie atât de tulburat de coeziunea fragmentelor, încât să o urmeze imediat cu o fragmentare explozivă. Am susținut descoperirile sale în lucrarea mea *Note asupra teoriei schizofreniei* (Bion, 1954; supra) și prezint acum evenimentele pe care le-am descris atunci, pentru a le compara cu această alternanță mai puțin explozivă, însă periculoasă, pe care o descriu acum. Aici pericolul constă, pe de o parte, în posibilitatea sinuciderii, sau, pe de alta, într-o revenire la poziția paranoid-schizoidă caracterizată printr-o fragmentare secundară impusă deja asupra gravei fragmentări primare, pe care Melanie Klein (1946) a descris-o ca fiind caracteristică poziției paranoid-schizoide. Pare ca și cum pacientul, regresând din poziția depresivă, se întoarce cu o ură și anxietate sporite împotriva fragmentelor care și-au arătat puterea lor de coalescență, și le clivează extrem de amănunții; ca o consecință, avem pericolul unei fragmentări atât de minuțioase, încât repararea eului devine imposibilă, iar perspectivele pacientului devin în mod corespunzător disperate.

Consider această fază de avansare către, și retragere dinspre, poziția depresivă drept critică, nu mai puțin din cauză că pericolul sinuciderii poate estompa semnificația retragerii către poziția paranoid-schizoidă, cât și, în special, a faptului că clivajul secundar este un factor încrunt retragerii, care, dacă nu este depistat și interpretat, poate să periclitizeze nu numai dezvoltările promițătoare din analiză, ci, totodată, să inverseze întregul proces și să introducă o deteriorare din care recuperarea nu mai este posibilă.

79. Înțelegerea materialului necesită referiri la anumite fenomene colaterale. În perioada în care a fost realizată t. Iur. Ca pe care o descriu, pacientul se plângea că nu putea distinge între real și ireal, că nu știa dacă ceva era o halucinație sau nu. În lucrarea mea despre *Diferențierea personalității psihotice de cea nepsihotică* (Bion, 1957; supra), am descris una din consecințele folosirii excesive a identificării proiective ca o stare în care pacientul se simțea înconjurat de obiecte bizare compuse parțial din obiecte reale și parțial din fragmente ale personalității și, în special, din acele aspecte ale personalității prezumtiv enumerate de Freud ca fiind, în cursul dezvoltării normale, sub dominația principiului realității. Între aceste aspecte ale personalității era capacitatea de judecată a pacientului. Plângerea sa că nu putea distinge realul de ireal era una din consecințele evacuării din psihicul său, prin mecanismul identificării proiective, a capacității sale de judecată. Din teoria pe care am avansat-o, atunci, ar fi fost

natural să presupun că între aceste obiecte bizare era posibil să detectez ceva analog capacității de judecată. Din experiența mea sunt convins că aceste obiecte bizare speciale pot fi găsite în ceea ce este de obicei descris ca „iluziile” pacientului. În lucrarea sa *Construcții în analiză*, Freud (1937) sugerează că iluziile pot fi „echivalentele construcțiilor care le înălțăm în cursul unui tratament analitic - încercări de explicare și de vindecare... -, deși subliniază că în cazul psihozei ei e sunt cu necesitate ineficace. În această perioadă a analizei, mi s-a părut că iluziile pacientului prezentau acest aspect și că unele din iluziile sale erau încercări de utilizare a obiectelor bizare în serviciul intuiției terapeutice. Dacă este așa, s-ar putea da o definiție a relației dintre iluzie și halucinație.

80. Voi încheia această descriere eu două comentarii, cred, semnificative. Cel dintâi privește natura experiențelor halucinatorii pe care le-am descria. Ele par să se apropie mai mult de ceea ce Freud descria drept halucinații isterice, decât de halucinațiile psihotice prezente exclusiv în fazele timpurii ale analizei. As spune că evoluția acestei diferențe era direct legată de creșterea capacității pacientului de a tolera depresia. O diferențiere a celor două tipuri de halucinație, isterică și psihotică, s-ar putea raporta la o diferență de conținut. Halucinația isterică conține obiecte întregi și este asociată cu depresia; halucinația psihotică conține elemente analoage obiectelor parțiale. Ambele tipuri pot fi găsite la pacientul psihotic. Voi încheia această lucrare atrăgând

atenția asupra anumitor trăsături ale halucinației pe care am investigat-o și ale cărei rezultate complete nu pot fi comunicate în acest moment.

Prima: o mare parte din intensitatea temerii pacientului de a comite o crimă se datorează convingerii sale de a fi deja vinovat. Motivele acestei convingeri emerg în asociațiile din care am dat un exemplu, în episodul șaradă, când pacientul! era cuplat cu mine, astfel că amândoi păream automate lipsite de viață. Se poate observa că acolo ci se simțea vinovat de a fi înlăturat o viață; aceasta devine apoi un obiect persecutor în forma radioului care întruchipează electricitatea, sexul și viața însăși. Episodul arată că sustragerea de la vină se face prin recurgerea la persecuția vieții care a fost distrusă.

A doua: teama pacientului de a lansa un atac ucigător este intensificată de conștientizarea de către el a măsurii în care este dominat de o stare mentală și de simțire, potrivită unei faze de dezvoltare descrise de Freud ca fiind sub influența principiului plăcerii. Freud a sugerat că, în acea fază, acțiunile pacientului nu sunt îndreptate în direcția unei modificări a mediului, ci sunt mai degrabă menite să descarce aparatul psihic de acumulările de stimuli: ele corespunzând. Prin urmare, mișcărilor musculare de tipul celor implicate în schimbarea înfățișării și a expresiei. Să presupunem că pacientul simte impulsul de a-și exprima sentimentul de iubire pentru o fată considerată o prezumtivă parteneră; mai mult, că el se simte obstrucționat în acest scop de sentimentelor de impotență pe care le are. Alături

de ură și invidie, împotriva părinților sexuali care, așa cum crede el, posedă și îi interzic folosirea sânelui sau penisului potent, care îl face potent pe posesor în exprimarea dragostei. În această stare, el este dominat de sentimentele de impotentă, invidie și ură; mai mult. Starea este întărită de o senzație de frustrare și de incapacitatea de a suporta frustrarea. Dar, mai presus de toate, este senzația de iubire obstrucționată. Nevoia psihicului său de a-și descărca ura și invidia distructive, devine imperativă, în serviciul exprimării sentimentelor de dragoste pentru obiectul său. Lipsa oricărui impuls de a modifica mediul și a capacității de a suporta frustrarea îl determină să recurgă forțat la o acțiune musculară caracteristică fazei de dominație a principiului plăcerii. Experiența a arătat pacientului că o acțiune de acest tip își atinge scopul mult mai rapid decât o acțiune menită să modifice mediul. Descărcarea psihică prin halucinație, adică prin folosirea aparatului senzorial în sens invers, este întărită de o acțiune musculară ce poate fi cel mai bine înțeleasă ca un analog extrem de complex al privirii încruntate; muștilatura nu schimbă pur și simplu expresia într-una de ură ucigătoare, ci duce la împlinirea unui atac ucigător real. Actul rezultat trebuie, prin urinare, înțeles ca o activitate idiomotorie și e perceput de pacient ca aparținând acelei clase de fenomene pe care le-am descris ca fiind creatoare de obiecte bizare. El nu simte că și-a modificat mediul, dar simte că e acum liber să-și iubească obiectul fără vreun sentiment conflictual de

impotență, ură sau invidie. O asemenea ușurare este de scurtă durată. Această descriere aproximează starea mentală de care pacientul își dă seama cu groază în partea nepsihotică a personalității sale. Ea contribuie la frica lui de orice progres, progres care i-ar putea înlesni formarea unor atașamente afective, acestea putând să-i provoace dorința de a-și exprima iubirea; de aici, la intoleranța față de frustrarea menținută de prezența impulsurilor sale distructive; de aici. La starea în care se simte copleșit de partea psihotică a personalității sale, în care ei poate găsi singur mecanismul care promite soluționarea instantanee a problemelor create de emoțiile nedorite. Pericolul de care se teme pacientul este, prin urmare, unul de care are motive serioase să se teamă. Poate fi formulat în următorii termeni analitici: Dorește să iubească. Simțindu-se neputincios în fața frustrării, recurge la un atac ucigător, sau la un atac simbolic, ca metodă de descărcare a psihicului de emoțiile nedorite. Asaltul este chiar expresia exterioară a identificării proiective explozive, datorită căreia ura sa ucigătoare, împreună cu fragmente din personalitatea sa, este dispersată pretutindeni în obiectele reale, inclusiv în membri ai societății, de care e înconjurat. Acum se simte liber să iubească, dar e înconjurat de obiecte bizare, fiecare compus din oameni și lucruri reale, ură distructivă și conștiință ucigătoare. Tabloul se complică, în continuare, deoarece, deși e adevărat a spune că pacientul se simte liber să iubească, cel puțin în intenție, violența exploziei fi lasă golit și de

propriile sentimentele de iubire.

81. Din tot ceea ce am afirmat se poate vedea acum că, în cazul că pacientul ar lansa un atac real, ar apărea o situație complexă, situație care, în scopul simplificării descrierii, poate fi rezumată în următoarele elemente. Primul, pacientul recurge la o fantasmă atotputernică care îi mijlocește iubirea pentru obiectul său. Al doilea, o manifestare exterioară care, deși neintenționată de pacient, afectează de fapt mediul și îi oferă întâmplător analistului materialul pe care să-și bazeze interpretările. Al treilea, în cazuri extreme, o reacție a societății la manifestarea externă, care este în sine complexă și compusă, printre alte elemente, din reacții psihotice specifice complicității inconștiente la recepționarea identificărilor proiective ale unuia din membrii săi. Al patrulea, recurgerea la identificarea proiectivă ca substitut al refulării, aspect la care m-am referit cu altă ocazie; aceasta implică slăbirea capacității de negare, proces care este evidențiat de recurgerea la atacuri distructive asupra aparatului perceptiv și de folosirea aparatului perceptiv, de care pacientul este incapabil să se debaraseze, pentru evacuarea stimulilor nedorți pe măsura recepționării lor. Încercarea pacientului de a se descotorosi de propriul său sistem perceptiv conduce la hipertrofia compensatorie a impresiilor senzoriale, de pildă perceperea de la distanță a lordului Adrian. Al cincilea, pericolul că în cursul analizei pacientul va deveni incurabil printr-o retragere neanalizată din poziția depresivă spre poziția paranoid-

schizoidă, în cursul căreia va fi impus clivajul secundar asupra clivajului primar intrinsec experienței sale originale în poziția paranoid-schizoidă; pericolul constă în fragmentarea minuțioasă care rezultă din această reînnoire a clivajului și, în consecință, în imposibilitatea efectuării oricărei reparații. Al șaselea, relația depresiei cu apariția a ceea ce pacientul simte a fi obiecte întregi în materialul evacuat din personalitatea sa. Al șaptelea, necesitatea analistului de a constata că halucinațiile sunt mult mai frecvente decât se presupune; Înțelegerea de către a analist că, dată fiind bidirecționalitatea simțurilor, un obiect poate fi pentru un pacient o excreție sau, cum ar trebui spus, o halucinație, mai degrabă decât ceva existind independent de el însuși. Un exemplu izbitor se prezintă când pacientul vede dublu cu un singur ochi. Al optulea, relația evacuării excesive cu megalomania.

82. Această listă rezumativă poate servi la îndrumarea cercetărilor ulterioare, bazate pe efectuarea de observații atente și detaliate asupra halucinațiilor, pentru care, sper, am elucidat un caz.

Comentariu

Când am scris despre halucinație credeam că pentru diagnosticul de schizofrenie era importantă o evidență „independentă”. Acum e mai semnificativ faptul că acești pacienți pot declanșa reacții similare în membrii grupului din care fac parte. Cei intimi (în principal rudele și pacienții înșiși) pretindeau că ceva era în neregulă, dar că pacienții nu puteau fi de fapt „astfel”; firește că

„astfel” era în opinia doctorilor diferit de ce credeau rudele. Atunci nu mi-am dat seama de acest lucru, dar, recurgând la o abordare psihanalitică, presupuneam totuși că „astfel” era altfel decât pacientul. Doream o evidență pentru ideea că știam ce era pacientul; că pacientul era ce spuneau medicii, că eram de acord cu medicii. Voiam să evit situația în care se putea spune că toți știau cum era pacientul, cu excepția mea și Probabil, dar nu sigur, a pacientului. Oricum, tocmai în această situație m-am aflat de curând. Ca psihanalist eram constrâns să mă mențin receptiv, resimțind în același timp o presiune constantă, care venea nu mai puțin din partea mea, de a-mi găsi un refugiu în certitudine. Pacienții se arătau și ei anxioși de a accepta o interpretare astfel încât să se instaureze o senzație de siguranță. De vreme ce pledez contra instituirii unei dominante a memoriei și dorinței, este justificată semnalarea faptului că excluderea ambelor îl expune pe psihanalist anxietății de a se alia în minoritate de unu (posibil doi, atunci când pacientul se alătură psihanalistului) prin angajarea sa în psihanaliza unui asemenea pacient.

Până la dezvoltarea unei cooperări nu poate fi vorba de „observarea halucinațiilor”. Nu cred că aceasta e posibilă dacă psihanalistul caută confortul unei cooperări din partea oricui altcuiva decât a pacientului sau pacientei. Poziția psihanalistului nu se îmbunătățește vis-à-vis cu rudele, prietenii, medicii și alții, capabili și doritori să coopereze, printr-o aparentă atitudine de

necooperare și de posibilă aroganță. În orice caz, psihanaliza unui pacient schizofrenic se face cu pacientul singur, sau deloc.

Descrierea „clinică” din 72 e expusă obiecțiilor deja ridicate împotriva acestei categorii de raportare, îl o descriere în termeni proprii unei experiențe sensibile. Experiența a avut o realitate psihică pe care nimeni nu ar putea să o conteste, dar nu a fost reprezentată de realitatea ei sensibilă. Nu pot îmbunătăți cu nimic descrierea dată în lucrare, deși nu e convingătoare pentru aceia care nu vrea să fie convins și ar putea foarte bine să testeze credulitatea celui care ar vrea. Ce este atunci de tăcut? Trag concluzia că, în plus față de procedurile deja acceptate, analiza analistului ș.a.m.d., trebuie să existe o conduită a vieții mentale a psihanalistului, care să preîntâmpine alunecarea lui în obiceiuri mentale proaste. Ca un prim pas, ar ajuta ia evitarea erorilor, dacă psihanalistul ar trata drept „modele” – similare modelelor folosite de savanții fizicieni – acele rapoarte, cum sunt considerate de obicei, ale experiențelor psihanalitice. Metoda științifică trebuie urmată cu precauție, pentru a profita de demonstrația dată de Freud motivațiilor inconștiente. Observarea psihanalitică a propriilor noastre erori poate estompa punctele slabe ale metodei științifice, chiar atunci când acestea sunt observate de cercetători. Metoda științifică a psihanalizei ar trebui îndreptată asupra deficiențelor ei în comunicare. Aceasta este fie semnificativă, dar improprie unei experiențe sensibile, fie atât de „abstractă”, încât stimulează,

dar nu reprezintă o experiență sensibilă. Alternativă apare ca o imprecizie sau ca un jargon pitoresc. Ar putea părea o pedanterie examinarea descrierilor pe care le dăm experiențelor psihanalitice, nu și atunci însă când discuția se centrează pe halucinații, care sunt, în măsura în care e vizat pacientul, experiențe sensibile. Pentru psihanalist ele nu sunt astfel, pentru că el nu aude și nu vede ce aude și vede pacientul halucinat, ci trebuie să interpreteze evenimentele la care e martor. În 75 menționez incapacitatea mea de a raporta „evenimentele” care m-au condus la convingerea că pacientul era halucinat. Găsesc încă dificilă oferirea de sugestii pentru determinarea momentului în care se produce conștientizarea. Un pacient poate, de exemplu, să facă o serie de declarații ostile, ceea ce poate fi o simplă exprimare a ostilității, dar poate face parte dintr-un atac de clivaj asupra psihanalistului, într-un caz pacientul nu se teme de halucinații, cu care a spus mai târziu că era destul de familiarizat, dar le folosea ca armă în războiul său cu mine. Nu iau aici în considerație *varietatea* experiențelor cu care pacientul halucinat îl confruntă pe psihanalist, dar experiența psihanalistului cu halucinația pacientului este de obicei un bun exemplu a ceea ce înțeleg prin evoluție. La un moment dat, ele par o simplă descărcare a ostilității; dintr-odată. Sunt transformate: pacientul are experiența halucinației. E ca și cum psihanalistul atacat de pacient ar avea o „piele” care ar fi alunecat de pe el și ar ocupa acum o poziție între psihanalist și pacient, (fi semnificativ

că în această relatare trebuie să recurg la descrieri spațiale, care au mai mult „corp” decât îmi place să le dau și care știu că sunt formulări inexacte). Cu olt experiența psihanalistului cu fenomenele psihotice este mai vastă, cu atât mai puțin se îndoiește ci de realitatea lor. Ele „evoluează”; ele există acolo și sunt înlocuite printr-o nouă „evoluție”. Din fericire pentru psihanaliză, aceste evenimente sunt demonstrabile între psihanalist și analizând, dar, din nefericire pentru știință, ele nu pot fi demonstrate *în absența fenomenelor*. Există o paralelă curioasă în situația individului care nu poate rezolva o problemă de enumerare matematică, trebuind să recurgă la manipularea obiectelor de numărat.

În această lucrare am descris funcția evacuatorie a halucinației ca și cum ar fi fost unica. M-aș aștepta acum ca halucinațiile și „utilizarea” care li se dă să fie în continuă schimbare. Psihanalistul trebuie să se afle în poziția în care să „intuiască” halucinațiile și, în ultimă instanță, legile care le guvernează și schimbările lor. Un sistem rigid nu poate reprezenta o realizare în schimbare. Abilitatea de a îndepărta memoria și dorința este una din condițiile necesare observării halucinației. În momentul în care are loc o evoluție și reproșurile contra analistului au „plutit” înspre „pielea” intermediară, analistul trebuie să fie capabil de a o „intui” și de a o interpreta.

În 71 explic că descrierile existente de halucinații nu sunt destul de bune pentru

psihanaliștii practicieni. Descrierea pe care tocmai am încercat să o fac poate explica de ce cred că psihanaliștii trebuie să își formuleze propriile descrieri. Transformarea poate fi urmărită de la agresarea ostilă a psihanalistului. Prin fazele ei, de la temerea de a penetra înăuntrul lui prin violența atacului linear (și deci a confundării cu el), la atacurile plane (asociațiile de largă răspândire, difuze, nepenetrante) și de acolo la „plutirea” pielii. Nu sunt optimist cu privire (a claritatea sensului meu pentru cititor prin asemenea descrieri, dar o dată el este în situația de a „experimenta” realizarea de a cărei realitate nu va avea niciun tel de îndoieli.

Psihanalistul nu trebuie să își permită să se abată de la vârful de unde evenimentele emoționale, atunci când au evoluat, devin „intuibile”. Studiul halucinației este la începutul său, tiu la sfârșit. Timpul a confirmat presupunerea făcută la sfârșitul lui 82.

7. DESPRE AROGANTĂ

83. Îmi propun să tratez în această lucrare apariția, în materialul unui anumit grup de pacienți, a unor referiri la curiozitate, aroganța și stupiditate, care sunt atât de dispersate și separate unele de altele, încât legătura dintre ele poate scăpa detectării. Voi sugera ca apariția lor ar trebui luată de analist drept evidență a unui dezastru psihologic. Sensul pe care doresc să-l atribui termenului de „aroganță” este indicat de presupunerea că în personalitatea în care domină pulsionile vieții, mândria devine respect față de sine, pe cirul acolo unde predomină pulsionile

mortii, mândria devine aroganță.

Separarea tor una față de alta și lipsa oricărei evidențe a relaționării lor sunt indicații ale producerii unui dezastru. Pentru a face clară conexiunea dintre aceste referiri, voi relua mitul lui Oedip dintr-o perspectivă care face din crima sexuală un element periferic al unei povestiri în care crima centrală este aroganța lui Oedip, prin legământul de cu dezlui adevărul cu orice preț.

84. Această deplasare de accent aduce în centrul povestirii următoarele elemente: sfinxul, care rostește o ghicitoare și se autodistruge când aceasta este dezlegată, orbul Tiresias. Care posedă cunoașterea și depiâuge hotărârea regelui de a o căuta, oracolul ce incită căutarea deplânsă de profet și, din nou, regele care, odată ce-și încheie căutarea, suferă orbirea și exilul. Referirile disparate la curiozitate, aroganță și stupiditate ne îndrumă către această povestire, printre ale cărei elemente putem discerne ruinele psihice.

Am spus că aceste referiri sunt înseninate pentru un anumit grup de pacienți; grupul își care mă refer este unu) în care mecanismele psihotice sunt active și trebuie să fie dezvăluite analitic înainte de a se putea ajunge la o adaptare stabilă. În practică, analiza unui asemenea pacient pare să urmeze tiparele care ne sunt familiare în tratamentul nevrozelor, însă cu importanta diferență că ameliorarea condiției pacientului nu apare proporțională cu munca analitică depusă. Recapitulând, analistul care tratează un pacient aparent nevrotic trebuie să considere reacția

terapeutică negativă, împreună cu apariția unor referiri dispersate și nerelaționate la curiozitate, aroganță și stupiditate, drept dovada unei catastrofe psihologice căreia va trebui să-i facă față.

85. Se poate presupune că abordarea problemei este declanșată odată cu apariția în analiză a uneia din aceste referiri, acesta fiind de fapt cazul. E important ca referirea la oricare din aceste trei calități să fie tratată de analist ca un eveniment semnificativ care necesită să fie investigat și care provoacă mai mult decât obișnuitele rezistențe refractare. Din nefericire, problema se complică datorită unui fapt evident ceja, și anume că însăși procedura analitică este o manifestare a curiozității care este simțită a fi o componentă intrinsecă a dezastrului. Ca o consecință, chiar actul analizării pacientului face din analist un complice în precipitarea regresiei și în transformarea analizei însăși într-o piesă de pus în scenă. Din punctul de vedere al reușitei analizei, aceasta este o evoluție care ar trebui evitată. Totuși, nu am fost încă capabil să descopăr cum se poate face aceasta. Calea alternativă este acceptarea punerii în scenă și a regresiei drept inevitabile și Pe cât posibil, o bună valorificare a acestora. Cred că aceasta se poate face printr-o interpretare detaliată a evenimentelor care au loc în ședință. Aceste evenimente sunt manifestări active ale mecanismelor de clivaj, identificare proiectivă și ale fenomenelor subsidiare relaționate - stări contuzionale. Depersonalizare și halucinație - care

au fost descrise de Melanie Klein, Segal și Rosenfeld ca făcând parte din analiza pacienților psihotici.

8<v. În această fază a analizei, transferul este special prin faptul că, pe lângă trăsăturile asupra cărora v-am atras atenția în lucrări anterioare, este îndreptat asupra analistului ca analist. Analistul apare, pe rând, în măsura în care pacientul este identificat cu el. Ca orb, stupid, sinucigaș, curios și arogant. Voi avea mai multe de spus mai târziu despre calitățile aroganței. Trebuie să accentuez faptul că în acest stadiu pacientul pare să nu aibă alte probleme decât cele referitoare la existența analistului însuși. În plus, spectacolul prezentat este unul, împrumutând analogia lui Freud, similar cu al arheologului, care descoperă în munca sa de teren mărturiile nu atât ale unei civilizații primitive, cât ale unei catastrofe primitive. În termeni analitici, trebuie să fie nutrită speranța că investigațiile întreprinse vor conduce la reconstituirea eului. Scopul acesta este totuși obscurizat, deoarece această procedură analitică a devenit o punere în scenă a atacurilor distructive lansate împotriva eului, oriunde acesta este depistat. Cu alte cuvinte, împotriva eului manifestat, fie în pacient, fie în analist. Aceste atacuri seamănă îndeaproape cu descrierea dată de Melanie Klein atacurilor fantasmate ale nou-născutului împotriva sânelui.

87. Dacă trecem acum la considerarea a ce există în realitate care stârnește o ură atât de mare în pacient, încât el trebuie să-și distrugă eul care-l aduce în contact cu aceasta, ar fi firesc să

presupunem că e vorba de situația oedipiană orientată sexual; într-adevăr, am descoperit multe fapte care susțin această vedere. Când reconstituirea eului a înaintat suficient pentru a face vizibilă situația oedipiană, este destul de obișnuit să descoperim că ea precipită noi atacuri asupra eului. Există însă dovezi că un alt element joacă un rol important în provocarea atacurilor distructive asupra eului, având drept consecință dezintegrarea lui. Cheia pentru aceasta constă în referirile la aroganță, pe care am promis să le explorez în continuare.

Pe scurt, se pare că emoțiile copleșitoare sunt asociate cu asumarea de către pacient sau analist a calităților cerute în căutarea adevărului, și în special a capacității de a tolera stresurile asociate cu interiorizarea identificărilor proiective ale unei alte persoane. Pus în alți termeni, scopul implicit al psihanalizei, de a căuta adevărul cu orice preț, este simțit de pacient a fi sinonim cu revendicarea unei capacități de a conține aspectele clivate, înlăturate ale altor personalități, menținând, în același timp, o perspectivă echilibrată. Acesta ar părea să fie semnalul imediat pentru izbucnirile de invidie și ură.

88. Propun acum să dedic restul acestei lucrări descrierii aspectului clinic al materialului pe care l-am abordat teoretic până acum. Pacientul în chestiune nu s-a comportat niciun moment într-un mod care, după părerea mea, ar garanta un diagnostic de psihoză; totuși, el a manifestat trăsăturile pe care le-am menționat, anume, referirile disparate la curiozitate, aroganță

și stupiditate, împreună cu ceea ce simțeam că era o reacție terapeutică inadecvată. În perioada de care mă ocup, semnificația acestor trăsături devenise clară și fusesem capabil să-i ofer un oarecare insight asupra relaționării lor și frecvenței crescânde cu care apăreau în prim planul materialului său. El și-a descris comportamentul din ședințe ca nebun sau nesănătos și și-a manifestat anxietatea față de incapacitatea sa de a se comporta într-un mod pe care experiența lui analitică i-l dovedise folositor în accelerarea progresului analitic. Cât despre mine, eram impresionat de faptul că, timp de câteva ședințe la rând, pacientul părea lipsit de insight-ul și judecata pe care știam din experiența anterioară că le posedă. În plus, materialul era aproape în întregime de tipul cu care eram familiarizat din analiza pacienților psihotici. Cu alte cuvinte, identificarea proiectivă era extrem de activă, iar stările de confuzie și depersonalizare ale pacientului erau ușor detectabile și prezente frecvent. Vreme de câteva luni, ședințele fuseseră integral ocupate de mecanismele psihotice, încât mă întrebam cum se făcea că pacientul își continua viața sa extra-analitică, fără vreo schimbare în rău a materialului.

89. În continuare, nu voi mai descrie acest stadiu, deoarece el nu diferă de relatările anterioare despre munca cu pacientul psihotic. Doresc să mă concentrez asupra aceluși aspect al analizei care este legat de un anumit tip de obiect intern.

În cea mai simplă formă a sa, acest material

apărea în ședințe atunci când asociațiile pacientului nu aveau coerență și conțineau „propoziții” surprinzător de deficitare într-un aspect sau altul al gramaticii conversaționale. Astfel, un obiect semnificativ putea fi menționat, fără însă vreun pronume sau verb, sau putea apărea o formă verbală semnificativă, ca de pildă „mergând la patinaj”, fără nicio mențiune despre cel presupus a întreprinde acțiunea sau despre locul ci etc., într-un număr aparent ineputabil de variațiuni. Stabilirea unei relații analitice puternice, prin intermediul comunicării verbele, părea așadar imposibilă. Analistul și pacientul formau împreună un cuplu frustrat. Acest lucru nu era în sine ceva nou și cu o ocazie, în timpul unei ședințe relativ lucide, însuși pacientul a observat că metoda de comunicare era atât de mutilată, încât munca creatoare era imposibilă, și el își pierduse speranța în găsirea vreunui remediu. Era deja familiarizat cu anxietatea sexuală inerentă unui astfel de comportament, așa încât era rezonabilă presupunerea că va urma un oarecare progres, și a fost cu atât mai surprinzător faptul că acesta nu s-a realizat de fapt: anxietatea pacientului a crescut. Până la urmă am fost constrâns să presupun, pe baze teoretice, că progresul avusese loc și ca în comportarea sa era o schimbare pe care nu reușisem să o observ. Cu o asemenea presupunere în minte, am încercat să caut un indiciu revelator care ar semnala ce putea fi această schimbare. Între timp, ședințele continuau ca și mai înainte. Am rămas încurcat până când, într-o zi, într-un moment de luciditate,

pacientul a spus că se mira cum de puteam suporta asta. Aceasta mi-a dat un indiciu: cel puțin acum știam că exista ceva ce puteam suporta, dar pe care, în aparență, el nu îl putea. Își dădea seama deja că se simțea obstrucționat în încercarea de a stabili un contact creativ cu mine, și că această forță obstrucțională era uneori în el, uneori în mine, și uneori ocupa o poziție necunoscută. Mai mult, obstrucționarea era efectuată prin alte mijloace decât mutilarea sau comunicările verbale. Pacientul se lămurise deja că obiectul sau forțele obstrucționale erau în afara controlului său.

90. Următorul pas înainte s-a făcut când pacientul a spus că eu eram forța obstrucțională și că deosebita mea caracteristică era că „nu puteam suporta ceva”. Lucram acum pe baza presupunerii că obiectul persecutor care nu putea îngădui o relație creativă era acela care „nu putea suporta ceva”, însă nu îmi era clar încă ce era acei „ceva”. Era tentant să presupun că acel „ceva” era orice relație creativă care, prin invidia și ura față de cuplul creativ, era făcută insuportabilă pentru obiectul persecutor. Din nefericire, totul s-a oprit aici, deoarece era un aspect al materialului ce fusese deja clarificat fără a produce o înaintare. Prin urmare, problema a ceea ce era acel „ceva” își aștepta încă soluționarea.

Înainte să discut mai departe această problemă, trebuie să menționez o trăsătură a materialului care ne-a condus până în acest punct, deoarece ea contribuie la înțelegerea pasului următor. Pe întreg parcursul acestei perioade pe

care am descris-o, referirile la curiozitate, aroganță și stupiditate au devenit mai frecvente și mai evident relaționale între ele. Stupiditatea era deliberată, iar aroganța, nu întotdeauna denumită astfel, era uneori o acuzație, uneori o ispită și uneori o crimă. Efectul cumulativ al acestor referiri era de a mă convinge că relaționarea lor depindea de asocierea lor cu obiectul obstrucțional. Curiozitatea și stupiditatea creșteau sau scădeau deopotrivă; cu alte cuvinte, dacă sporea curiozitatea, sporea și stupiditatea. Prin urmare, am simțit un oarecare avans în cunoașterea caracterului forței obstrucționale. Ceea ce obiectul nu putea suporta a devenit mai clar în câteva ședințe unde a reieșit că, în măsura în care cu, ca analist, insistam pe comunicarea verbală ca metodă de explicitare a problemelor pacientului, eram simțit ca atacând în mod direct metodele de comunicare ale pacientului. Acum devenise clar că, atunci când eram identificat cu forța obstrucționaia, ceea ce nu puteam suporta erau metodele de comunicare ale pacientului. În această fază, pacientul simțea folosirea de către mine a comunicării verbale drept un atac mutilant asupra metodelor *lui* de comunicare. Din acest moment înainte, era doar o chestiune de timp să demonstrez că legătura pacientului cu mine consta din capacitatea lui de a întrebuința mecanismul de identificare proiectivă. Cu alte cuvinte, relația sa cu mine și capacitatea sa de a profita de ea constau în clivarea unor părți din psihicul său și în proiectarea lor în mine.

De acest lucru depindea o varietate de

proceduri care erau simțite ca producând experiențe emoționale recompensatorii, ca de pildă, spre a menționa două, capacitatea de a plasa sentimente rele în mine și de a le lăsa acolo îndeajuns de mult timp pentru ca să fie modificate de șederea în psihicul meu, și capacitatea de a pune părțile sale bune în mine, simțind astfel că el avea de a face cu un obiect ideal. Asociată cu aceste experiențe era senzația de a se afla în contact cu mine, ceea ce sunt înclinat să cred că e o formă primitivă de comunicare ce asigură o bază de care depinde, în ultimă instanță, comunicarea verbală. Din sentimentele sale față de mine, atunci când eram identificai cu obiectul obstrucțional, am dedus că obiectul obstrucțional era curios în privința lui, însă nu putea suporta să fie receptacolul unor părți ale personalității lui, făcând, în consecință, atacuri distructive și mutilante, în principal, prin variante ale stupidității, asupra capacității lui de identificare proiectivă. Prin urmare, am tras concluzia că sursa catastrofei provenea din atacurile mutilante asupra acestei specii extrem de primitive de legătură dintre pacient și analist.

Concluzie

91. În unii pacienți, refuzul folosirii normale a identificării proiective conduce la distrugerea unei legături importante, precipitând astfel un dezastru. Inerentă acestui dezastru este stabilirea unui supraeu primitiv care refuză folosirea identificării proiective. Indicatorul acestui dezastru este oferit de apariția unor referiri, în mare măsură separate, la curiozitate, aroganță și

stupiditate.

Comentariu

Repovestesc în 83 mitul lui Oedip, evidențiind legătura dintre curiozitate, aroganță și stupiditate; legătura nu poate fi stabilită atât de ușor în practica psihanalitică. Mi-a fost mult mai dificil să stabilesc legăturile când mă bizuiam pe memorie, decât astăzi când permit situației analitice să evolueze; apoi, interpretez „evoluția”. Pentru psihanalist și analizândul său este esențial ca operația curiozității însăși să fie demonstrată, și nu numele ei. De exemplu, s-a adus obiecția că „punerea în scenă” este traducerea unei expresii folosite de Freud pentru a spune ceva diferit de înțelesul atribuit termenului de „punere în scena”. Confuzia apare o înd discuția se centrează pe reprezentarea unei realizări, și nu pe realizare; sau invers, că nu se referă la termenul „punere în scenă”, ci la fenomenele reprezentate de acel termen. Tot astfel, nu mă refer la situațiile în care pacienții folosesc cuvântul „curiozitate”, ci la curiozitatea însăși. Distincția trebuie întotdeauna avută în vedere, deși nu e așa uneori. Dacă ar fi, reproșul de jargon nu ar mai fi adus atât de frecvent psihanalizatorilor.

Afirm în 88 că persoana pe a cărei psihanaliză se bazează această lucrare nu s-a comportat niciun moment ca un psihotic; această remarcă este valabilă dacă se acceptă uzul psihiatric curent al termenului. Melanie Klein crede că mecanismele psihotice ar putea fi găsite în toți analizații și, dacă se vrea o psihanaliză satisfăcătoare, ele ar trebui dezvăluite. Sunt de

acord cu aceasta: oricărui candidat psihanalitic îi este teamă de elementele sale psihotice și nu crede că poate ajunge la o adaptare mulțumitoare fără ca ele să fie psihanalizate. O soluție a acestei probleme este extrem de periculoasă pentru cei preocupați de pregătire. Individul caută să își învingă teama prin candidatură, așa încât acceptarea sa poate fi luată drept o declarație autorizată de imunitate la psihoză făcută de cei mai bine calificați să știe acest lucru. Cu ajutorul psihanalistului, candidatul poate continua să evite confruntarea temerii sale și poate sfârși ca pseudo-analist calificat. Calificarea sa este abilitatea, datorită identificării proiective (în care el nu crede), de a se împopoțona cu eliberarea sa de psihoză, drept care își disprețuiește colegii și pacienții. Cu cât sunt studiate mai mult psihanalitic psihoza, sau chiar halucinațiile, cu atât ideile prestabilite apar mai inadecvate. Deoarece am tratat această evoluție mai detaliat în *Schimbarea catastrofică* (Bion, 1966), nu o voi discuta aici.

8. ATACURI ÎMPOTRIVA LEGĂTURII

92. Am avut ocazia, într-o lucrare anterioară (Bion, 1957; supra), atunci când am abordat partea psihotică a 2 personalității, să discut atacurile distrugătoare ale pacientului împotriva a tot ce este simțit că posedă o funcție de legătură a unui obiect cu altul. Intenționez, în lucrarea de față, să demonstrez semnificația acestei forme de atac distrugător în producerea unor simptome întâlnite în psihoza de limită.

Prototipul tuturor relațiilor pe care doresc să

le discut este sânul sau penisul primitiv. Această lucrare presupune îaimisaritatea cititorului cu descrierile date de Melanie Klein (1928) fantasmelor copilului mic de atac sadic împotriva sânelui, clivajului obiectelor sale, identificării proiective - mecanism prin care părți ale personalității sunt clivate și proiectate în obiecte externe - și, în sfârșit, teoriilor ei asupra stadiilor timpurii ale complexului lui Oedip (Klein, 1934). Voi trata atacul fantasmatic împotriva sânelui, ca prototip al tuturor atacurilor împotriva obiectelor ce servesc ca legătură, și identificarea proiectivă, ca mecanism folosit de minte pentru a scăpa de fragmentele eului, ca rezultate ale propriei distrugerii.

Voi descrie, întâi, manifestările clinice, într-o ordine dictată nu atât de cronologia apariției lor în tratament, ci de nevoia unei expuneri cât mai clare a tezei mele. Această descriere va fi urmată de material selectat în scopul demonstrării succesiunii pe care aceste mecanisme o asumă, când relațiile dintre ele sunt determinate de dinamismele situației psihanalitice. Voi concluda cu observații teoretice asupra materialului prezentat. Exemplele alese provin din psihanalizele a doi pacienți, mai precis, din fazele lor avansate. În scopul păstrării anonimității, nu îi voi diferenția pe pacienți și voi introduce deghizări factice care sper să nu afecteze acuratețea descrierii psihanalitice.

Observarea dispoziției pacientului de atac împotriva legăturii dintre două obiecte este simplificată de faptul că psihanalistul trebuie să

stabilească o legătură cu pacientul, prin intermediul comunicării verbale și al experienței sale psihanalitice. Relația creatoare depinde de această legătură și putem observa, prin urmare, atacurile pacientului îndreptate asupra ei.

Nu mă preocup aici de rezistențele tipice la interpretare, ci, mai curând, de elaborarea considerațiilor făcute într-o lucrare anterioară (Bion, 1957; supra) asupra atacurilor distrugătoare împotriva gândirii verbale înșăși.

Exemple clinice

93. Voi descrie acum situații în care îi dădeam pacientului o interpretare asupra conduitei de distrugere intenționată a ceea ce leagă două obiecte, interpretare pe care, în acel moment, putea s-o înțeleagă. Exemplele sunt următoarele:

(I) Aveam motiv să-i ofer pacientului o interpretare care-i explicita sentimentele afectuoase, precum și exprimarea lor, față de mama lui, sentimente ocazionate de îndemânarea acesteia cu un copil refractar. Pacientul încerca să-și exprime acordul, dar, deși avea nevoie de câteva cuvinte numai, exprimarea lor era întreruptă de o foarte pronunțată bâlbâială, ce avea ca efect prelungirea remarcii sale pe o durată depășind un minut și jumătate. Sunetele semănau cu cele ale tragerii răsuflării; răsuflările erau presărate cu sunete gâlgâitoare, ca și cum ar fi fost scufundat în apă. L-am atras atenția asupra sunetelor, a încuviințat că erau foarte ciudate și chiar le-a sugerat descrierea.

(II) Pacientul se plânga că nu putea dormi. Arătând semne de frică, spuse: „Nu pot continua

astfel”. Remarcile lui incoerente dădeau impresia că, dacă nu va putea dormi, va avea loc o catastrofă asemănătoare poate cu alienarea mentală. Bazându-mă pe material din ședința anterioară, i-am sugerat că îi era frică de ceea ce ar putea visa, dacă ar dormi. A negat, spunând că nu putea gândi pentru că era ud. I-am reamintit de felul în care folosea cuvântul „ud”, ca expresie a disprețului față de cineva considerat slab și Sentimental. N-a fost de acord și mi-a spus că starea la care se referea era exact opusă. Din ce știam despre acest pacient, mi-am dat seama de validitatea corecției lui; udătura exprima, într-un anumit sens, ură și invidie asociate cu atacuri urinare împotriva obiectului. I-am spus că, în afară de frica superficială pe care o exprimase, îi era frică de somn, care era identic cu scurgerea în afară a minții însăși. Asociațiile ulterioare aveau să arate că el simțea interpretările mele bune ca fiind clivate în mod consistent și minuțios și transformate în urină mentală care se scurgea în afară, fără a putea fi controlată. Deci. Somnul era inseparabil de inconștient, iar acesta din urmă era identic cu starea lipsei de minte, care nu putea fi reparată. Apoi, el spuse: „Sunt uscat acum”. Am răspuns că se simțea treaz și capabil să gândească, dar această stare bună era numai precar menținută.

(III) în această ședință, pacientul avea să producă material stimulat de sfârșitul de săptămână trecut. Conștientizarea unor asemenea stimuli externi avea să devină o manifestare recentă în analiză. În trecut, puteam numai

presupune cât de mult era el capabil să evalueze realitatea. Știam că era în contact cu realitatea, întrucât se prezentase singur pentru psihanaliză, dar acest fapt ar fi fost dedus cu greu din comportamentul lui în ședințe. Când am interpretat câteva asociații ca evidență că el a fost și este încă martorul relației sexuale dintre două persoane, a reacționat ca și cum ar fi primit o lovitură violentă. N-am putut spune atunci unde anume a simțit el asaltul și chiar, în retrospectivă, nu am încă o impresie clară. Ar fi fost logic să presupun că șocul ar fi fost provocat de interpretarea mea și, prin urmare, că lovitura venea dinafară, dar impresia mea este că el a simțit-o ca fiind dată dinăuntru; pacientul simțea adesea ceva descris ca un atac prin înjunghiere dinăuntru. S-a ridicat pe divan și și-a fixat intens privirea în spațiu. Am spus că părea să vadă ceva. Mi-a răspuns că nu putea vedea ceea ce vede. Experiența anterioară făcea posibil ca să-i interpretez că el simțea că „vede” un obiect invizibil și experiența ulterioară avea să mă convingă, la cei doi pacienți din a căror analize folosesc material pentru această lucrare, că aveau loc evenimente în care ei aveau halucinații vizuale invizibile. Voi prezenta mai departe motivele acestei presupunerii, conform căreia mecanisme asemănătoare acționau în acest caz, ca și în cel anterior.

(IV) în primele douăzeci de minute ale ședinței, pacientul a făcut trei remarci izolate care nu aveau nicio semnificație pentru mine. A spus apoi că o tânără pe care a întâlnit-o părea

înțelegătoare. A urmat o mișcare violentă și convulsivă, pe care se prefăcea că o ignoră. Mișcarea părea să fie identică cu atacul prin înjunghiere menționat în exemplul anterior. Am încercat să-i atrag atenția asupra acestei mișcări, dar a ignorat intervenția, așa cum a ignorat și atacul. Apoi, a spus că încăperea era plină cu ceață albastră. Puțin mai târziu, a remarcat că ceața a dispărut, dar se simțea deprimat. Am interpretat că se simțea înțeles de mine. Că aceasta era o experiență agreabilă, dar că senzația plăcută de a fi înțeles a fost imediat distrusă și evacuată. I-am reamintit că noi am fost martori recenți ai folosirii cuvântului „albastru”, ca descriere compactă cu unei conversații sexuale vituperative. Dacă interpretarea mea era corectă, evenimentele ulterioare sugerând că era, însemna că experiența de a fi înțeles a fost clivată, convertită în particule de abuz sexual și apoi evacuată. Simțeam până acum că interpretarea îi aproxima de aproape experiența. Interpretări ulterioare, printre care dispariția ceții prin re-interiorizarea și convertirea ei în depresie, păreau să aibă mai puțină realitate pentru pacient, deși evenimentele de mai târziu aveau să fie compatibile cu ele.

(V) Ședința, la fel ca și cea din ultimul exemplu, începea cu trei sau patru remarci factice: era cald, trenul fusese aglomerat și era miercuri; ele au durat treizeci de minute. Impresia mea că el încerca să mențină contact cu realitatea a fost confirmată atunci când a spus că îi era frică de colaps. Puțin mai târziu, spunea că nu îl voi

înțelege. Am interpretat că el mă simțea rău și că nu voi putea lua înăuntru-l meu ceea ce voia să pună în mine. Am interpretat deliberat în acești termeni datorită remarcii lui dintr-o ședință anterioară în care simțea că interpretările mele erau o încercare de evacuare a sentimentelor pe care dorea să le depoziteze în mine. Răspunzând la interpretarea mea, a spus că erau doi nori probabili în cameră. Am interpretat că el încerca să scape de sentimentul că răutatea mea era un fapt. Am răspuns că aceasta însemna că avut nevoie să știe dacă eram într-adevăr rău sau dacă eram **un lucru rău**. Are provenea dinăuntru-lui. Deși acest aspect nu era pentru moment de o importanță centrală, eram convins că pacientul încerca să decidă dacă halucina sau nu. Această anxietate tecurentă în cursul analizei era asociată cu frica că invidia și ura capacității de înțelegere îl conduceau la luarea înăuntru a unui obiect bun și înțelegător, ia distrugerea și evacuarea lui, procedură care ducea adesea la persecutarea lui de către obiectul distrus și evacuat. Era important pentru pacient să știe dacă refuzul meu de a înțelege era real sau halucinație, pentru că îl ajuta să anticipeze la ce fel de experiențe dureroase se putea aștepta.

(VI) Jumătate din ședință a avut loc în tăcere; apoi, pacientul a anunțat că o piesă de fier a căzut pe dușumea. Apoi cu avut, în tăcere, o scrie de mișcări convulsive, ca și cum ar fi fost asaltat fizic dinăuntru. Am spus că nu putea stabili contact cu mine din pricina fricii de ce se petrecea înăuntru-lui. A confirmat interpretarea, spunând că se

simțea omorâi. Nu știa ce ar putea face fără analiză, pentru că îl făcea să se simtă mai bine. Am spus că se simțea atât de invidios pe el însuși și pe mine, datorită muncii noastre împreună pentru a-l face bine, încât a luat perechea noastră înăuntrul lui, ca pe o piesă moartă de fier și de dușumea, care s-au împreunat, nu ca să-i dea viață, ci ca să-l omoare. Pacientul a devenit foarte anxios și a spus că nu mai poate continua. Am răspuns că nu mai putea continua din cauză că se simțea fie omorât, fie în viață și atât de invidios, încât trebuia să termine cu analiza bună. A urmat o scădere marcantă a anxietății, iar restul sesiunii avea să fie ocupat cu remarci factice izolate care, din nou, păreau să fie o încercare de menținere a contactului cu realitatea externă, ca metodă de denigrare a propriilor fantasme.

Trăsături comune ale exemplelor de mai sus

94. Aceste exemple au fost selectate pentru că, în fiecare din ele, tema dominantă era atacul distrugător împotriva unei legături. În primul exemplu, atacul era exprimat printr-o bâlbâială, menită să-l împiedice pe pacient – să folosească limbajul ca legătură între noi. În al doilea exemplu, somnul era simțit ca identificare proiectivă care proceda neafectată de nicio încercare din partea lui de a o controla. Somnul însemna fragmentarea minuțioasă a minții sale care se scurgea în afară într-un șuvoi de particule.

Exemplele date aici aruncă lumină asupra fenomenului visului la schizofrenici. Pacientul psihotic pare să nu aibă vise sau, cel puțin, nu le raportează până în faza comparativ târzie a

psihanalizei. Sunt de părere acum că această perioadă, aparent lipsită de vise, este analoagă cu halucinația vizuală invizibilă. Cu alte cuvinte, visele constau din material atât de minuțios fragmentat, încât sunt golite de orice componentă vizuală. Când visele sunt simțite, iar pacientul le poate raporta datorită obiectelor vizuale trăite în cursul desfășurării lor, el pare să considere aceste obiecte ca având aceeași relație cu obiectele invizibile din faza anterioară, la fel cum fecalele i se par legate de urină. Obiectele care apar în experiențele pe care le numim vise. Sunt considerate de pacient ca fiind solide și sunt, astfel, contrastate cu conținuturile viselor care constau dintr-un continuu de fragmente minuțioase și invizibile.

În timpul ședinței, tema principală nu era atacul împotriva legăturii, ci consecințele unui asemenea atac dat anterior, care îl lăsa pe pacient lipsit de starea mentală necesară stabilirii unei relații satisfăcătoare eu patul. Deși nu apărea în ședința pe care o raportează, identificarea proiectivă necontrolabilă – ceea ce somnul semnifică pentru el – era concepută ca un atac distrugător împotriva stării psihice caracteristice împreunării părinților. Există, deci, o anxietate dublă; una izvoră din frica de a fi lăsat fără minte, cealaltă din frica neputinței de control asupra atacurilor ostile, nunea aprovizionându-l cu amuniție împotriva stării psihice caracteristice legăturii din perechea părinților.

Somnul și lipsa de somn erau în aceeași măsură inacceptabile.

În al treilea exemplu, în care am descris halucinația vizuală a obiectelor invizibile, suntem martori ai modului în care atacul este dat împotriva perechii sexuale. Atât cât mi-am putut da seama, interpretarea mea era simțită de pacient ca și cum ar fi fost o percepere vizuală a actului sexual dintre părinți; această impresie vizuală era minuțios fragmentată și imediat evacuată în particule atât de mărunte, încât deveneau componentele invizibile ale unui continuum. Întreaga procedură servea la blocarea sentimentelor de invidiere a stării psihice caracteristice cuplului părintesc, prin exprimarea instantanee a invidiei într-un act distrugător. Voi avea mai multe de spus despre această ură implicită a emoției și a nevoii de a evita conștientizarea ei.

În al patrulea exemplu, remarca despre tânăra înțelegătoare și despre ceața albastră, înțelegerea mea și starea lui agreabilă, au fost simțite de el ca o legătură între noi, care ar fi putut conduce la un act creator. Legătura avea să fie privită cu ură și transformată într-o sexualitate ostilă și distrugătoare, lăsând cuplul pacient-analist steril.

În al cincilea exemplu, privind cei doi nori probabili, legătura atacată era capacitatea de înțelegere, dar era interesant faptul că obiectul care dădea atacurile distrugătoare era străin pacientului. Prin urmare, distrugătorul atacă identificarea proiectivă, simțită de pacient ca metodă de comunicare. Atâta timp cât presupusul meu atac împotriva metodei lui de comunicare era

simțit ca posibil secundar atacurilor lui invidioase, el nu se disociază de sentimentele de vinovăție și responsabilitate. Un alt aspect constă din apariția, printre părțile evacuate din personalitatea pacientului, a judecății, pe care Freud o consideră ca trăsătura esențială a dominării principiului realității. Existența celor doi nori probabili rămânea atunci inexplicabilă, dar, în ședințele următoare, aveam să obțin material care mă conducea la presupunerea că ce era inițial o încercare de separare a binelui de rău supraviețuia în forma a doua obiecte care erau acum similare prin faptul că fiecare din ele era o mixtură de bine și de rău. Având în vedere materialul din ședințele următoare, pot trage concluzii care nu erau posibile atunci; capacitatea sa de judecată, care a fost clivată și distrusă, împreună cu restul eului său, și apoi evacuată, era simțită la fel ca alte obiecte bizare descrise într-o lucrare anterioară (Bion, 1957; supra). Aceste particule evacuate erau temute datorită modului cum le trata. Judecata alienată – norii probabili – îi indica că eram probabil rău. Suspiciunea că norii probabili erau persecutori și ostili îl determina să se îndoiască de caracterul lor îndrumător. Ei ar fi putut să-i ofere o evaluare corectă sau una deliberat falsă, astfel că un fapt era o halucinație, și invers; ori, ar! i putut produce ceea ce din punct de vedere psihiatric numim iluzii. Norii probabili aveau ei înșiși unele trăsături de fiară sălbatică și erau simțiți ca enigmatice și intimidanți.

În al șaselea exemplu, privind remarca despre piesa de fier căzută pe dușumea, nu aveam

prilejul să interpretez un aspect al materialului cu care pacientul devenise între timp familiar. (Ar trebui poate să observ că experiența avea să mă învețe că existau momente când presupuneam familiaritatea pacientului cu un anumit aspect al situației la îndemână, numai să descopăr, în ciuda muncii depuse în această privință, că el o uita.) Aspectul familiar pe care nu l-am interpretat, dar care este semnificativ pentru înțelegerea acestui episod, consta din faptul că invidia pacientului pentru cuplul părintesc era evadată prin înlocuirea părinților prin el și mine. Evaziunea era un eșec, pentru că invidia și ura erau acum direcționate asupra lui și a mea. Cuplul angajat într-un act creator este simțit că împarte o experiență emoțională de invidiat; identificându-se cu partea exclusă, experiența pacientului era dureroasă. În multe ocazii, pacientul, prin astfel de experiențe descrise în acest episod, pe de o parte, și din motive pe care le voi elabora mai târziu, pe de altă parte, avea o ură a emoției și, deci, prin extrapolare, o ură a vieții însăși. Această ură contribuie la atacul ucigător împotriva a ceea ce leagă perechea, împotriva perechii însăși și împotriva obiectului creat de pereche. În episodul pe care îl descriu, pacientul suferă de pe urma consecințelor atacurilor anterioare împotriva stării psihice caracteristice legăturii din perechea creatoare și identificării lui cu ambele stări psihice, de ură și iie creație.

În acest exemplu, și în cel precedent, există elemente care sugerează formarea, în pacient, a unui obiect ostii persecutor sau aglomerarea de

obiecte, care exprimă ostilitate într-o manieră de mare importanță în producerea mecanismelor predominant psihotice; caracteristicile cu care am investit deja aglomerarea de obiecte persecutoare au calitatea supraeului primitiv și chiar ucigător.

Curiozitate, aroganță, stupiditate

95. În lucrarea prezentată La Congresul internațional din 1957 (Qion, 1957; supra), sugeram că analogia lui Freud dintre psihanaliză și investigația arheologică ar fi folositoare dacă s-ar lua în considerație că ceea ce se descoperă este evidența mai mult a unui dezastru primitiv, decât a unei civilizații primitive. Valoarea analogiei este diminuată prin aceea că în psihanaliză nu suntem confrunțați cu o situație statică care (termite studiul lejer, ci cu o catastrofă care rămâne, în același timp, activă, vitală și incapabilă de tratare în liniște. Această lipsă de progres, din orice direcție, trebuie să fie atribuită, în parte, distrugerii capacității de curiozitate și consecinței ei, incapacitatea de a învăța; dar, înainte de a trata acest aspect, trebuie să discut un subiect care nu joacă aproape niciun rol în exemplele date.

Atacurile împotriva legăturii își au originea în ceea ce Melanie Klein (1948) numește poziția paranoid-schizoidă. Această perioadă este dominată de relații între obiecte parțiale. Dacă ne reamintim că și relația pacientului cu el însuși se bazează pe un obiect parțial, putem atunci înțelege expresii ca „se pare” etc., folosite, de obicei, de pacientul serios tulburat, în ocazii în care un pacient mai puțin tulburat ar putea spune

„gândesc” sau „cred”. Când spune „se pare”, pacientul se referă adesea la un sentiment – la sentimentul „se pare” – care este o parte a psihicului său și care nu este încă observată ca parte a unui obiect întreg. Conceperea obiectului parțial ca analogul unui structurii anatomice. Încurajații de folosirea de către pacient a imaginilor concrete ca unități de gândire, este înșelătoare, pentru că relația bazată pe obiectul parțial nu este numai cu structurile anatomice, ci cu o funcție, nu numai cu anatomie, ci cu fiziologic, nu numai cu sânul, ci cu hrănire, otrăvire, iubire. Ură. Aceasta dă impresia unui dezastru care este dinamic, și nu static. Problema care trebuie să fie rezolvată la acest nivel timpuriu, dar superficial, trebuie să fie exprimată în termeni adulți prin întrebarea „ce este ceva?”, și nu prin „de ce este ceva?”, pentru că „de ce” a fost clivat prin vină. Probleme ale căror soluții depind de conștiința cauzăției nu pot fi deci exprimate, necum rezolvate. Se produce o situație în care pacientul apare să aibă alte probleme, exceptând cele puse de existența analistului și a lui însuși. Preocuparea pacientului este legată de ce este această sau acea funcție, de care el este conștient, dar incapabil să înțeleagă totalitatea din care funcția face parte. Nu există, prin urmare, nicio îndoială de ce pacientul sau analistul sunt acolo, sau de ce este ceva spus sau făcut sau simțit, nici că există vreo îndoială în privința încercării de modificare a cauzelor unei anumite stări psihico... Pentru că lui „ce? – nu i se poate niciodată răspunde fără „cum?” sau fără „de ce?”,

apar alte dificultăți. Am să las acest subiect la o parte. În scopul de a considera mecanismele folosite de copilul mi;: pentru a rezolva problema lui „ce?”, atunci când aceasta este simțită est fiind o relație dintre un obiect parțial și o funcție.

Negarea gradelor normale de identificare proiectivii

96. Folosesc termenul de „legătură” în contextul discutării relație: pacientului mai curbul cu o funcție, decât cu un un obicei care servește o funcție; mă preocup nu numai de sân, sau penis, sau de gândul verbal, ci și de funcția lor de legare a două obiecte.

Melanie Klein discută, în lucrarea *Note asupra unor mecanisme schizoide 006*), importanța folosirii excesive a clivajului și identificării proiective în geneza personalității sever tulburate. Ha discută, de asemenea, rolul „interiorizării obiectului bun, primul dintre toate fiind sânul mamei”, de „condiție preliminară a dezvoltării normale”. Voi presupune că există un grad normal de identificare proiectivă, fără să definesc limitele normalității, precum și unul asociat cu identificarea introiectivă, ambele stând la baza dezvoltării normale.

Această impresie provine, în parte, dintr-un aspect al analizei pacientului, greu de interpretat, fiind rareori suficient de evident pentru ca interpretarea să fie suportată convingător. În decursul analizei, pacientul recurgea la identificarea proiectivă, cu o astfel de persistență, încât sugera că aceasta era un mecanism pe care el nu fusese încă capabil să-l aibă la dispoziție;

analiza îi oferea prilejul să folosească un mecanism de care fusese deprivat. Nu mă bazam numai pe această singură impresie. Existau ședințe care mă determinau să presupun că pacientul simțea prezența unui obiect care îl priva de folosirea identificării proiective. În exemplele date, exista material, mai ales bâlbâiala, în primul, tânăra înțelegătoare și ceața albastră, în al patrulea, care semnala că pacientul simțea că existau părți ale personalității sale pe care dorea să le depună în mine, iar eu le refuzam intrarea, dar îmi bazam această impresie și pe alte asociații anterioare.

Când pacientul se străduia să scape de temerile de moarte, pe care le simțea prea puternice pentru a fi conținute în personalitatea lui. Le diva și le depunea în mine, ideea fiind, în aparență, că li se permitea să fie depuse acolo pentru un timp suficient de îndelungat pentru ca mintea mea să le transforme, apoi ei să le re-interiorizeze în siguranță. În ocazia la care mă refer, pacientul simțea, din motive probabil asemănătoare cu cele date în al cincilea exemplu, cu norii probabili, că eu le evacuasem atât de repede, încât sentimentele lui nu numai că nu fuseseră modificate, ci deveniseră chiar mai dureroase.

Asociațiile dintr-o perioadă a analizei anterioară cetei din care am dat exemplele indicau intensificarea emoțiilor pacientului. Aceasta își avea originea în faptul că el simțea că refuzam să-i accept părți ale personalității sale. Se străduia. În consecință, să le forțeze în mine cu disperare și

violența crescute. Conduita lui, izolată de contextul analizei, ar fi putut apărea ca expresie a unei agresivități primare. Cu cât fantasmele lui de identificare proiectivă deveneau mai violente, cu atât el devenea mai înfricoșat de mine. O asemenea conduită exprima, în unele ședințe, o agresivitate neprovocată, dar menționez această secvență pentru că ea înfățișează pacientul într-o lumină diferită, violența sa fiind o reacție la ceea ce el simțea că era apărarea mea ostilă. Situația analitică îmi dădea impresia că asistam la o scenă extrem de timpurie. Simțeam că pacientul avusese în fragedă copilărie experiența unei mame care răspundea din datorie manifestărilor lui emoționale. Răspunsul din datorie avea în el un element de impaciență, de tipul: „Nu știu care-i problema cu copilul ăsta”. Deducția mea era că pentru a înțelege ce vrea copilul, mama ar fi trebuit să-i trateze plânsul mai mult decât ca o cerință pentru prezența ei. Din punctul de vedere al copilului mic, mama ar fi trebuit să-i fi luat plânsul înăuntrul ei și, deci, să-i fi trăit aceeași temere de moarte. Era tocmai această temere pe care copilul mic nu o putea conține. Se străduia să o cliveze împreună cu acea parte a personalității în care rezida și să o proiecteze apoi în mamă. O mamă înțelegătoare este capabilă să trăiască emoția groazei cu care acest copil încerca să aibă de-a face prin identificare proiectivă și, totuși, să rămână cu mintea echilibrată. Acest pacient avusese de-a face cu o mamă care nu putea tolera trăirea unor asemenea emoții și reacționa, fie prin negarea intrării lor, fie, în mod alternativ,

devenind pradă anxietății care rezulta din interiorizarea emoțiilor copilului mic. Cred că reacția din urmă a fost rară; predominantă era negarea.

Această reconstrucție poate părea unora ca fiind excesiv de imaginară; mic nu mi se pare forțată; ea reprezintă răspunsul dat acelor care obiectează că prea multă greutate este pusă pe transfer, cu excluderea elucidării proprii a memoriilor timpurii.

O situație complexă poate fi observată în analiză. Pacientul simte că i se dă un prilej de care a fost până acum deposedat; usturimea acestei deposedări devine și mai acută, la fel ca și resentimentul simțit în urma ei. Gratiutudinea pentru acest prilej coexista cu ostilitatea față de analist, perceput ca o persoană care nu îl va înțelege și care îi refuză folosirea singurei metode de comunicare prin care el simte că poate fi înțeles. Deci, legătura dintre pacient și analist sau dintre copilul mic și sân este mecanismul identificării proiective. Atacurile distrugătoare împotriva acestei legături își au originea într-o sursă dinafara pacientului sau copilului mic, și anume analistul sau sânul. Rezultatul este folosirea excesivă a identificării proiective de către pacient și deteriorarea proceselor sale de dezvoltare.

Nu avansează ideea după care această experiență ar fi cauza tulburării pacientului; aceasta din urmă arc ca sursă principală dispoziția înăscută a copilului mic, așa cum am descris-o anterior (Bion, 1957; supra). O consider, totuși, ca

trăsătura esențială a factorului de mediu în producerea personalității psihotice.

Înainte de a discuta implicațiile ei pentru dezvoltarea pacientului, trebuie să mă refer la caracteristicile înnăscute și ia rolul pe care ele îl joacă în producerea atacurilor copilului mic împotriva a tot ce îl leagă de sân, anume agresivitatea primară și invidia. Gravitatea acestor atacuri este intensificată atunci când mama este, în felul descris mai sus, nereceptivă, și este scăzută, dar nu eliminată, atunci când mama poate interioriza emoțiile copilului mic și poate rămâne echilibrată (Klein, 1957); pericolul persistă deoarece că copilul mic psihotic este copleșit de ură și invidie față de abilitatea mamei de a păstra o stare mentală confortabilă, în ciuda trăirii emoțiilor lui. Acest aspect era evident la un pacient care insista că eu trebuia să am această experiență odată cu el, dar care era umplut de ură atunci când eram capabil de ea, fără ca să mă prăbușesc. Avem aici un alt aspect al atacurilor distructive împotriva legăturii, legătura fiind capacitatea analistului de interiorizare a identificărilor proiective ale pacientului. Atacurile împotriva legăturii sunt, prin urmare, sinonime cu atacurile împotriva liniștii minții analistului, iar la început, asupra celei a mamei. Capacitatea de interiorizare este transformată de invidia și ura pacientului în lăcomie, care îi devorează psihicul; în mod asemănător, liniștea minții devine indiferență ostilă. La acest nivel, problemele analitice provin din folosirea de către pacient fiu scopul distrugerii liniștii minții analistului, liniște

care este atât de mult invidiata) a punerii în scenă, a. Actelor delincvente și a amenințărilor cu sinuciderea.

Consecințe

97. Rezumând trăsăturile principale de până acum: originea dezordinii este dublă. Există, pe de o parte, dispoziția înăscută a pacientului de distrugere excesivă, ură și invidie; există, pe de altă parte, mediul extern care, în cei mai rău caz, deprivează pacientul de uzul mecanismelor de clivaj și de identificare proiectivă. În unele ocazii, atacurile distrugătoare împotriva legăturii dintre pacient și mediu, sau dintre diferitele aspecte ale personalității pacientului, își au originea în pacient; în altele, în mamă. Deși în ultimul caz și la pacienții psihotici, aceasta nu poate fi numai în mamă. Tulburările încep cu viața însăși. Problema care îl confruntă pe pacient este următoarea: ce sunt obiectele de care își dă el seama? Aceste obiecte, fie interne, fie externe, sunt de fapt obiecte parțiale și în mod predominant, deși nu exclusiv, ceea ce putem numi funcții și nu structuri morfologice. Acest aspect este umbrat de faptul că gândirea pacientului folosește obiecte concrete și tinde, prin urmare, să producă, în mintea sofisticată a analistului, impresia că preocuparea pacientului este cu natura obiectului concret. Pacientul explorează, prin intermediul identificării proiective, natura funcțiilor care-l excită curiozitatea. Printre aceste funcții se numără și emoțiile sale, care sunt prea puternice pentru a fi conținute de personalitatea sa. Identificarea proiectivă îi dă posibilitatea să-și investigheze

propriile sentimente înăuntrul unei personalități suficient de puternice pentru a le conține. Denigrarea acestui mecanism, fie prin refuzul mamei de a servi ca depozit pentru sentimentele copilului mic, fie prin intermediul urii și invidiei pacientului, care nu îi permit mamei să folosească această funcție, duce la distrugerea legăturii dintre copilul mic și sân și în consecință, la o tulburare severă a impulsului de curiozitate de care depinde întreaga învățare.

Calea este deci pregătită pentru o întârziere severă a dezvoltării. Mai departe, denigrarea metodei principale a copilului mic prin care are de-a face cu emoțiile sale prea intense, cu conduita sa emoțională, care constituie, în orice caz, o problemă serioasă, devine intolerabilă. Sentimentele de ură sunt deci îndreptate asupra tuturor emoțiilor, incluzând ura însăși, și asupra realității externe care le stimulează. Și este numai un pas scurt de la ura emoțiilor până la ura de sine. Așa cum am arătat anterior (Bion, 1957), această ură duce la folosirea identificării proiective a întregului aparat perceptual, incluzând gândul embrionic care formează o legătură între impresiile simțurilor și conștiință. Tendința la identificare proiectivă excesivă, atunci când pulsunile de moarte predomină, este deci reîntărită.

Supraeu

98. Dezvoltarea timpurie a supraeului este afectată de acest mod de funcționare psihică. Într-un fel pe care trebuie să-l descriu acum. Așa cum am arătat, legătura dintre copilul mic și sân

depinde de identificarea proiectivă și de capacitatea de interiorizare a identificărilor proiective. Eșecul interiorizării determină ca obiectul extern să apară intrinsec ostil curiozității și metodei, anume identificarea proiectivă, prin care copilul mic încearcă să o satisfacă. Dacă sânul este simțit ca fiind fundamental înțelegător, atunci el este transformat de invidia și ura copilului mic într-un obiect a cărui lăcomie devoratoare are ca scop interiorizarea identificărilor proiective ale copilului mic în scopul de a le distruge. Acest fenomen poate fi observat atunci când pacientul crede că analistul se străduiește, prin intermediul înțelegerii sale, să-l conducă la nebunie. Rezultatul este un obiect care, odată instalat în pacient, exercită funcția unui supraeu sever și distrugător de eu. Această descriere nu este potrivită oricărui obiect din poziția paranoid-schizoidă. Pentru că ea presupune un obiect întreg. Pericolul iminent al unui asemenea obiect întreg contribuie la neputința pacientului psihotic, descrisă de Melanie Klein și de alții (Segal, 1950), de a face față poziției depresive și dezvoltării ei specifice. Așa cum am arătat anterior, obiectele bizare compuse parțial din elementele supraeului persecutor sunt predominante în poziția paranoid-schizoidă.

Dezvoltare oprită

Tulburarea impulsului de curiozitate de care depinde întreaga învățare și denigrarea mecanismului prin care el își caută exprimarea, determină ca dezvoltarea normală să nu ție cu

putință. O altă trăsătură este evidențiată, în cazul în care cursul analizei este favorabil, astfel: probleme care sunt exprimate în limbaj sofisticat prin întrebarea „de ce?” nu pot fi formulate. Pacientul dă impresia că nu apreciază cauzația și se plânge de stări psihice dureroase, persistând, în același timp, pe căi de acțiune intenționate să le producă. Prin urmare, atunci când apare materialul adecvat, trebuie să i se arate pacientului că el nu este interesat în ceea ce simte sau face. Elucidarea scopului limitat al curiozității sale are drept rezultat dezvoltarea unei sfere mai largi și a unei preocupări incipiente cu cauze. Aceasta conduce la o anumită modificare în conduită, care de altfel îi prelungește distresul.

Concluzii

99. Principala concluzie a acestei lucrări constă în aceea că psihicul pacientului conține un obiect intern care este opus și distrugător al tuturor legăturilor, de la cel mai primitiv nivel (care, așa cum am sugerat, este un nivel normal de identificare proiectivă), până la cele mai sofisticate forme de comunicare verbală și arte.

În această stare psihică, emoția este urâtă; că este simțită ca fiind prea puternică pentru a fi conținută de către psihicul imatur; ca legătură dintre obiecte, dându-le acestora realitate; și ca fiind diferita de sine și, deci, inamică narcisismului primar.

Obiectul intern care a fost la origine un sân extern, refuzând să interiorizeze, să adăpostească și, astfel, să modifice foiț*: otrăvitoare a emoției, este simțit, în mod paradoxal, că intensifică,

proporțional cu forța eului, emoțiile asupra cărora; ci inițiază atacurile. Aceste atacuri asupra funcției de legătură a emoției conduc la dominarea, în partea psihotică a personalității, a legăturilor care apar să fie logice, aproape matematice, dar niciodată emotive. În consecință, legături le care supraviețuiesc sunt perverse, crude și sterile.

Obiectul extern care este interiorizat, natura și efectul său, care, odată stabilite prin metodele de comunicare în interiorul psihicului și al mediului, sunt lăsate pentru elaborare continuă, pentru mai târziu.

Comentariu în 91, referirea la distrugerea unei legături importante se bazează pe un număr de observații al căror efect cumulativ a condus la formulările din lucrarea de mai sus. Ideile enunțate clarifică un număr de situații la care nu m-am gândit când am scris lucrarea. Îndată ce am reușit să observ evoluția situației psihanalitice, am fost îndreptat înspre aspectele frustrări ale memoriei și dorinței. Analizații stimulează ambele elemente în psihanalist, ca metodă de distrugere a legăturii lui cu analizândul. H ca și cum pacientul ar fi el însuși psihanalistul care a descoperit aceste elemente și ar proceda la stimularea deliberată a distrugerii legăturii dintre psihanalist și sine. Experiența încercării de excludere a operației memoriei și dorinței m-au convins de valoarea acestui lucru. Dificultatea unei excluderi reușite face dificilă definirea cu rigurozitate a memoriei și dorinței sau evaluarea ascuțirii intuiției asociate cu ea. Consider eronată ideea cauzalității, implicită în lucrare; ea va limita

perspicacitatea analistului dacă ei va permite impunerea acestui element în *Atacuri împotriva legăturii*. „Legătura cauzală” are o validitate aparentă numai pentru evenimente asociate îndeaproape în spațiu și timp. Natura eronată a raționamentului bazat pe ideea de „cauze” este argumentată clar de Heisenberg în Fizică și filosofie (1958, p. 81), în termeni care ar trebui să incite o reacție de înțelegere în orice psihanalist. Cu condiția ca psihanalistul să nu se lase atras în căutarea și propunerea „cauzelor”, decât în termeni conversaționali, lucrarea îi poate stimula cercetarea pe cont propriu. Descoperirea unei „cauze” se referă mai mult la o liniștire interioară a celui care descoperă, decât la obiectul căutării sale.

Aceasta mă aduce la problema modului de umplele a golului dintre lectura articolelor din carte și experiența psihanalitică. Sugestia mea e ca lucrările să fie citite în aceleași condiții cu cele în care ar trebui condusă psihanaliza – fără memorie sau dorință. Și uitate apoi. Ele pot fi recitite; dar *nu* reamintite. Asemenea sfaturi ar putea fi dam cu o marjă mai mare de siguranță dacă natura comunicărilor și statutul lor de formulări ar fi mai sigure. Am încercat să fac asta sugerând ca așa-numitele rapoarte clinice (presupuse F3) să fie considerate Ci - transformări verbale de impresii sensibile. În acest stadiu timpuriu nu există o repartizare pe categorii mai adecvată și posibil mai utilă decât prestigiul popular.

Starea cea mai propice intuirii realizărilor

psihanalitice, pe care am sugerat-o în această privire retrospectivă, poate fi comparată cu stările presupuse a produce condițiile pentru halucinații. Individul halucinat are în aparență o experiență sensibilă fără un fond de realitate sensibilă. Psihanalistul trebuie să intuiască realitatea psihică lipsită de orice realizare sensibilă cunoscută. Individul halucinat transformă și interpretează fondul realității, de care este conștient, în termeni diferiți de cei întrebuițați de psihanalist. Nu consider că pacientul halucinat raportează o realizare cu fond sensibil; în egală măsură, nu consider că în psihanaliză o interpretare derivă din fapte accesibile aparatului sensibil. Cum să fie explicată atunci diferența dintre halucinație și interpretarea unei experiențe psihanalitice intuite? Se aduce uneori cu ușurință acuzația imprecisă că psihanalistii care psihanalizează pacienți psihotici sunt ei înșiși psihotici. Aș căuta o formulare care să reprezinte diferența dintre intuirea (în sensul dat de mine termenului) a unei realizări, care nu are o componentă sensibilă, și halucinația unei realizări, care e similar lipsită de o realizare *sensibilă*. Psihanalistul are cel puțin șansa care îi va permite să contribuie cu un răspuns; mulți oameni presupuși normali și responsabili transformă gândurile în acțiuni care cu generozitate ar trebui numite nebunești; și așa sunt numite.

9. O TEORIE A GÂNDIRII

100. Mă voi ocupa în această lucrare ție prezentarea, în principal, a unui sistem teoretic.

Asemănarea acestuia cu o teorie filosofică constă în faptul că filosofi înșiși s-au ocupat de același subiect de discuție. Sistemul meu teoretic este diferit totuși de o teorie filosofică prin aceea că, iată! ca toate teoriile psihanalitice, el are menirea să fie folosit, și prezintă cu scopul ca psihanalistii practicieni să-l reformuleze, în termenii informațiilor verificabile empiric, ipotezele din care este alcătuit.

Sistemul are, în acest sens, aceeași relație cu formulări filosofice similare, precum propozițiile matematicii aplicau: cu cele ale matematicii teoretice.

Ipotezele derivate în scopul supunerii lor verificării empirice și, într-o măsură mai mică, sistemul teoretic însuși, posedă aceeași relație cu faptele observate în cursul psihanalizei, precum propozițiile matematicii aplicate despre un cerc, de exemplu, cu propoziția despre un cerc desenat pe hârtie.

Acest sistem teoretic este menit să fie aplicat unui număr semnificativ de cazuri. Prin urmare, psihanalistii trebuie să aibă experiența unor realizări care aproximează Teoria.

Nu-i atribui Teoriei nicio importanță diagnostică, deși cred că ea poate fi aplicată oricând o tulburare de gândire este suspectată. Semnificația ei diagnostică va depinde de structura formată de relaționarea consistentă a teoriilor existente, din care această teorie face parte. Discutarea fundalului experienței emoționale, pe baza căruia Teoria a fost abstractizată, ar putea fi de folos în explicarea ei:

Îl voi discuta în termeni generali, fără a încerca să-i aplic rigoarea științifică.

101. Este convenabil să considerăm gândirea ca depinzând de dezvoltarea deplină a doua procese psihice principale. Primul constă în dezvoltarea gândurilor, care necesită un aparat care să le facă față. Al doilea constă în dezvoltarea acestui aparat pe care îl voi denumi provizoriu gândire. Repet, gândirea trebuie să existe pentru a face față gândurilor.

Se poate observa că aceasta teorie, este diferită de orice altă teorie a gândirii, ca produs al gândirii, prin aceea că gândirea este o dezvoltare impusă asupra psihicului de presiunea gândurilor, și nu invers. Fenomenele psihopatologice pot fi asociate cu fiecare proces sau cu ambele; adică, ele pot fi legate fie de o nereușită în dezvoltarea gândurilor, fie de una legată de dezvoltarea aparatului pentru „gândire” sau pentru a face față gândurilor, sau de amândouă.

„Gândurile” pot fi clasificate, în funcție de natura istoricului dezvoltării lor, în preconcepții, concepții sau gânduri și, în sfârșit, concepte. Conceptele posedă nume și sunt, prin urmare, concepții sau gânduri fixe. Concepția este inițiată de împreunarea unei preconcepții cu o realizare. Preconcepția din psihanaliză poate fi considerată ca fiind analoagă cu conceptul lui Kant de „gânduri goale”. Teoria după care copilul mic posedă o dispoziție înăscută, care corespunde unei expectații pentru sân, poate fi folosită, din perspectiva psihanalitică, drept model. Când preconcepția este pusă în contact cu o realizare

care o aproximează, ceea ce rezultă la nivel psihic este o înconcepție. Cu alte cuvinte, preconcepția (expectația înăscută pentru sân. Cunoașterea apriorică a sânelui, „ghidul gol”) ocazionată de aducerea copilului mic în contact cu sânul însuși, se împerechează cu conștiința realizării și este sincronă cu dezvoltarea concepției. Acest model va servi teoriei după care aceare împerechere a unei preconcepții cu propria ei realizare produce o concepție. Concepțiile vor fi așteptate, prin urmare, să se împerecheze constant cu o experiență emoțională de satisfacție.

Voi limita folosirea termenului de „gândire” la Împerecherea unei preconcepții cu o frustrare. Conform modelului pe care îl propun, expectația copilului mic pentru sân este împerecheată cu realizarea că Sânul nu este disponibil pentru satisfacere. Experiența acestei împerecheri ia forma unui ne-sân sau a unui sân „absent” înăuntru. Pasul următor depinde de capacitatea copilului mic de a tolera frustrarea: el va depinde, în special, de decizia fie de a scăpa de frustrare, fie de a o modifica.

Dacă capacitatea de tolerare a frustrării este suficientă, atunci „ne-sânul” intern devine gând și un aparat se dezvoltă pentru „gândirea” lui. Acesta inițiază o stare, descrisă de Freud (1911) în *Formulări asupra a două principii ale activității psihice*, în care dominarea principiului realității este sincronă cu dezvoltarea capacității de a gândi; este posibil, astfel, să se treacă peste prăpastia frustrării produsă între momentul când o lipsă este simțită și momentul când acțiunea

necesară satisfacerii lipsei culminează în satisfacerea ei. Deci, o capacitate pentru tolerarea frustrării îi dă posibilitate psihicului să dezvolte gândirea ca un mijloc prin care frustrarea, care este tolerată, e ea însăși transformată într-una mai tolerabilă.

Dacă această capacitate pentru tolerarea frustrării este inadecvată „Ne-sânul” rău dinăuntru, pe care o personalitate matură îl recunoaște, la urma urmelor, ca pe un gând, confruntă psihicul cu nevoia de a decide între evitarea frustrării sau modificarea ei.

Incapacitatea de a tolera frustrarea dezechilibrează balanța în direcția evitării frustrării. Rezultatul este o îndepărtare semnificativă de la evenimentele descrise de Freud ca fiind caracteristice gândirii specifice fazei în care predomină principiul realității. Ceea ce ar trebui să fie un gând, un produs al juxtaponerii **p** reconcepției cu realizarea ci negativă, devine un obiect rău, indistinct de lucrul-în-sine, potrivit numai pentru a fi evacuat. Dezvoltarea unui aparat de gândire este, în consecință, perturbată și în locul lui se dezvoltă în exces un aparat de identificare proiectivă. În modelul pe care îl propun pentru explicarea acestei dezvoltări, psihicul operează pe baza principiului după care evacuarea sânului rău este sinonimă cu obținerea subzistenței de la sânul bun. Rezultatul final este că toate gândurile sunt tratate ca și cum ar fi indistincte de obiectele rele interne; mecanismul propriu este simțit nu ca un aparat de gândire a gândurilor, ci ca unul prin

care psihicul scapă de acumulările de obiecte rele interne. Esențială este decizia, tic de a modifica frustrarea, fie de a o evita.

102. Elemente matematice, ca linii drepte, puncte, cercuri și ceva corespunzător cu ceea ce devine mai târziu cunoscut ca numere, deriva, toate, din realizări ale doimii, la iei ca sânul și copilul mic, doi ochi, două picioare etc.

Dacă intoleranța frustrării nu este prea mare, atunci modificarea ei devine scopul principal. Dezvoltarea elementelor matematice sau a obiectelor matematice, așa cum le denumește Aristotel, este analoagă cu dezvoltarea concepțiilor.

Dacă intoleranța la frustrare predomină, atunci sunt luate măsuri prin atacuri distructive, în scopul de a se evita perceperea realizării ei. În măsura în care preconcepția se împerechează cu realizarea, sunt formate concepții matematice care sunt tratate ca nedistincte de lucrurile-în-sine și evacuate cu viteză mare, în formă de proiectile însărcinate cu anihilarea spațiului. Atâta timp cât spațiul și timpul sunt percepute ca fiind identice cu obiectul rău care este distrus, de exemplu, un nesân, realizarea care trebuie să fie împerecheată cu o preconcepție nu este disponibilă pentru completarea condițiilor necesare formării unei concepții. Dominarea identificării proiective contribuie la confuzia dintre sine și obiectul extern. Aceasta contribuie, la rândul ei, la continuarea neperceperii doimii, pentru că perceperea ei ar depinde de recunoașterea deosebirii dintre subiect și obiect.

Relația cu timpul mi-a fost făcută familiară, în mod grafic, de un pacient care mi-a spus, în repetate rânduri, că își pierde timpul – și continua încă să-l piardă. Scopul pacientului era să distrugă timpul, pierzându-l. Consecințele sunt ilustrate în *Alice în țara minunilor* prin descrierea ceaiului dat de nebunul Hatter – este mereu ora patru.

Inabilitatea de a tolera frustrarea poate interfera cu dezvoltarea gândurilor și a capacității de a gândi; capacitatea de a gândi ar diminua sensul frustrării intrinsec simțirii decalajului dintre o dorință și îndeplinirea ei. Concepțiile – cu alte cuvinte, rezultatul împerecherii dintre o preconcepție și realizarea ei – repetă într-o formă mai complexă istoria preconcepției. O concepție nu întâlnește, în mod necesar, o realizare care să o aproximeze suficient de aproape pentru a o satisface. Dacă frustrarea poate fi tolerată, împerecherea concepției și realizărilor. Fie negative, fie pozitive, inaugurează procedurile necesare învățării din experiență. Dacă intoleranța frustrării nu cîne prea mare ca să activeze mecanismele evitării, dar este totuși prea mare pentru a tolera dominarea principiului realității, personalitatea se dezvoltă în direcția atotputerniciei, ca substitut al împerecherii preconcepției sau concepției cu realizarea negativă. Aceasta implică presupuziția atotcunoașterii ca substitut al învățării din experiență cu ajutorul gândurilor și gândirii. Prin urmare, nu există activitate psihică care să diferențieze între adevăr și fals. Atotcunoașterea

înlocuiește distincția dintre adevăr și fals printr-o afirmație dictatorială după care ceva este bun, din punct de vedere moral, iar altceva este rău. Presupoziția atotcunoașterii care neagă realitatea asigură că moralitatea astfel produsă este o funcție? Psihozei. Distincția dintre adevăr și fals este o funcție a părții nepsihotice a personalității și a factorilor ei. Există, deci, un condiți potențial între afirmarea adevărului și afirmarea superiorității morale. Extremismul uneia o infectează pe cealaltă.

103. Linele preconcepții se referă la expectații despre sine. Aparatul preconceptual este adecvat acelor realizări care aparțin domeniului îngust al circumstanțelor care facilitează supraviețuirea copilului mic. Însăși personalitatea copilului mic constituie un factor care-i afectează supraviețuirea. De obicei, personalitatea copilului mic, la fel ca și alte clemente ale mediului, este îndrumată de către mamă. Când mama și copilul sunt adaptați unul la celălalt, rolul identificării proiective în îndrumare constă din inițierea unui sens rudimentar și fragil al realității; de regulă, fantasma atotputerniciei II ajută pe copii să funcționeze în mod realist. Aceasta, sunt înclinat să cred, este condiția lui normală. Când Melanie Klein se referă la identificarea proiectivă „excesivă”, cred că termenul de „excesiv” trebuie să fie înțeles ca aplicându-se, mai ales, convingerii excesive în atotputernicie, decât frecvenței cu care identificarea proiectivă este folosită. Ca activitate reală, ea se exprimă printr-un comportament a

căruia menire calculată este de a trezi în mamă emoții de care copilul mic dorește să scape. Dacă copilul mic simte că este pe moarte, aceasta poate trezi în mamă teama că el este pe moarte. O mamă echilibrată poate accepta aceasta frică și răspunde într-o manieră terapeutică; cu alte cuvinte, într-o manieră care îl face pe copilul mic să simtă că își primește înapoi personalitatea înfricoșată, dar într-o formă mai tolerabilă – temerile putând fi acum controlate de personalitatea sa. Dacă mama nu poate tolera aceste proiecții, copilul mic este forțat să continue folosirea identificării proiective cu o forță și frecvență crescute. Forța crescută pare să despoaie proiecția de penumbra înțeleșului ei. Re-interiorizarea este efectuată cu o forță și frecvență similare. Deducând emoțiile pacientului din comportamentul său în cabinet și folosind aceste deducții pentru a elabora un model, copilul mic din modelul meu nu se comportă în felul pe care îl aștept, de obicei, de la un adult care gândește. El se comportă ca și cum ar fi simțit că un obiect intern a fost construit, obiect care posedă caracteristicile unui „sân” lacom ca un vagin, care despoaie de bunătate tot ce primește sau oferă, lăsând numai obiecte degenerare în urma lui. Acest obiect intern își starvează gazda de toată înțelegerea care îi este oferită. Un astfel de pacient punct, în analiză, că nu este capabil să învețe de la mediu și, prin urmare, de la analistul său. Consecințele pentru dezvoltarea capacității de gândire sunt serioase; voi descrie numai una din ele, și anume dezvoltarea precoce a

conștiinței.

Înțeleg prin conștiință, în acest context, ceea ce Freud descria ca fiind „organul de simț pentru perceperea calităților psihice”.

104. Am descris anterior (ia o ședință științifică a Societății Britanice de Psihanaliză) folosirea conceptului de funcție alfa, ca instrument de lucru în analiza tulburărilor de gândire. A fost necesar să presupun existența unei funcții alia care transformă informațiile organelor de simț în clemente alfa, oferind astfel psihicului material pentru glodurile visate și, deci, capacitatea de a fi treaz sau «le-a dormi, de a fi conștient sau inconștient. Conform acestei teorii, conștiința depinde de funcția alia și presupunerea existenței unei astfel de funcții devine o necesitate logică, dacă admitem că sinele este capabil să devină? o: ”; ț! C! t de el însuși, în sensul cunoașterii de sine prin intermediul experienței de sine. Totuși, eșecul stabilirii unei relații între copilul mic și mamă, relație în care identificarea proiectivă normală este posibilă, împiedică dezvoltarea unei funcții alfa și, deci, a unei diferențieri a clementelor conștiente de cele inconștiente.

Dificultatea poate fi, deci, evitată prin restrângerea termenului de „conștiință” la semnificația conferită în definiția lui Freud. Folosirea termenului de „conștiință”, în acest sens restrâns, ne dă posibilitatea să presupunem că această conștiință produce „informațiile organelor de simț” ale sinelui, deși nu există încă o funcție al fit care să le convertească în elemente alfa,

generând în acest fel capacitatea de a fi conștient sau inconștient de sine. Personalitatea copilului mic este singură incapabilă să folosească informațiile organelor de simț, trebuind să le evacueze în mantă, să-i încredințeze funcția de a face tot ce trebuie făcut pentru a le converti într-o formă potrivită folosirii lor ca elemente alfa.

Conștiința definită în sens restrâns de Freud, sens pe care îl aplic în definirea conștiinței rudimentare a copilului mic, nu este asociată cu un inconștient. Toate impresiile sinelui au o valoare egală; toate sunt conștiente. Capacitatea de reverie a mamei este organul receptor pentru recolta senzațiilor provenite de la șinele conștient al copilului mic.

Un conștient rudimentar nu ar putea să îndeplinească sarcinile pe care le considerăm de obicei ca aparținând domeniului conștiinței; am comite o eroare dacă am încerca să retragem termenul de „conștient” din uzul obișnuit, conform căruia el se referă la funcții psihice de mare importanță pentru gândirea rațională. Fac acum această distincție, cu scopul de a arăta numai ce se poate întâmpla dacă întrepătrunderea, bazată pe identificare proiectivă, dintre conștiința rudimentară a copilului mic și reveria maternă, eșuează.

Dezvoltarea normală are loc numai dacă relația dintre copilul mic și sân îi permite primului să proiecteze în mamă o emoție, de exemplu, că este pe moarte și să o reinteriorizeze după ce șederea emoției în sân a făcut-o mai tolerabilă pentru psihicul său. Dacă proiecția emoției nu este

acceptată de mamă, copilul mic simte că frica sa de a fi pe moarte a fost jefuită de înțelesul pe care i l-a conferit. Prin urmare, el nu reinteriorizează o mai tolerabilă frică de a fi pe moarte, ci o groază fără nume.

Consecințele eșuării capacității de reverie a mamei sunt impuse asupra conștiinței rudimentare; ele sunt legate, toate, la diferite nivele, prin funcția corelației.

Conștiința rudimentară nu poate căra povara impusă asupra ei. Stabilirea internă, prin intermediul identificării proiective, a unui obiect respingător semnifică faptul că în loc să posede un obiect înțelegător, copilul mic posedă unul voit neînțelegător, cu care este identificat. Mai mult, calitățile sale psihice sunt percepute de o conștiință precoce și fragilă.

L05. Aparatul pe care psihicul îl are la dispoziție poate fi descris ca fiind alcătuit din patru părți:

(1) Gândirea asociată cu modificare și eschivare;

(2) Identificarea proiectivă asociată cu eschivare prin evacuare și care nu trebuie confundată cu identificarea proiectivă normală (cf. 100 referitor la identificarea proiectivă „realistă”);

(3) Atotcunoașterea (bazată pe principiul „tout savoir tout condamner”);

(4) Comunicarea.

Examinarea aparatului alcătuit din cele patru componente de mai sus arată că rolul lui constă, în sensul larg al termenului, în ocuparea cu gânduri, adică în includerea tuturor obiectelor pe

care le-am descris drept concepții, gânduri, gânduri visate, elemente alfa și elemente beta, ca și cum acestea ar fi obiecte cu care el ar avea de-a face:

a) pentru că ele conțin sau exprimă, într-o formă sau alta, o problemă, și; b) pentru că ar fi simțite, în ele însele, ca excrescențe nedorite ale psihicului, cerând, din același motiv, atenție și eliminare printr-un mijloc sau altul.

106. Ca expresii ale unei probleme, ele necesită un aparat desemnat să joace același rol în umplerea golului dintre cunoașterea și evaluarea lipsei, pe de o parte, și acțiunea desemnată ca să modifice lipsa, pe de altă parte, la fel cum funcția alfa îndeplinește rolul de umplere a golului dintre informațiile organelor de simț și evaluarea lor. (Consider, în acest context, că perceperea calităților psihice necesită același tratament ca și informațiile organelor de simț.) Cu alte cuvinte, așa cum informațiile organelor de simț trebuie să fie modificate și prelucrate de funcția alfa pentru a le face disponibile gândurilor visate etc., tot astfel, gândurile trebuie să fie prelucrate pentru a fi făcute disponibile punerii lor în acțiune.

Punerea lor în acțiune implică publicare, comunicare și bun simț. Am evitat până acum să discut despre aceste aspecte ale gândirii, deși ele sunt implicate în discuție, iar cel puțin unul dintre ele a fost prezentat sumar; mă refer la corelație.

Din punctul de vedere al naturii ei, publicarea poate fi considerată mai mult decât o funcție a gândurilor, adică punerea informațiilor organelor de simț la dispoziția conștiinței. Doresc să rezerv

acest termen pentru operațiile care sunt necesare transformării conștiinței private a individului în conștiință publică. Aspectele implicate pot fi considerate ca fiind de natură tehnică și emoțională. Aspectele emoționale sunt asociate cu faptul că individul uman este un animal politic și ne poate să se realizeze în afara unui grup; el nu poate să-și satisfacă trebuințele emoționale fără exprimarea componentei lor sociale. Impulsurile sale – și mă refer nu numai la cele sexuale – sunt în același timp narcisice. Problema constă în rezolvarea conflictului dintre narcisism și *socialism*. Aspectul tehnic se referă la exprimarea gândului sau concepției prin limbaj, sau a duplicatelor lor prin semne.

Aceasta mă conduce la subiectul comunicării. Comunicarea este influențată, la origine, de identificarea proiectivă realistă. Procedura primitivă a copilului mic suferă vicisitudini diferite, incluzând – așa cum am văzut înainte – devalorizarea prin hipertrofierea fantasmelor de atotputernicie. Dacă relația cu sânul este bună, aceasta se poate dezvolta într-o capacitate de tolerare de către sine a propriilor sale calități psihice, pavând astfel calea pentru funcția alfa și gândirea normală. Dar se dezvoltă, de asemenea, ca o parte a capacității sociale a individului. Această dezvoltare, de mare importanță în dinamica grupului, nu a căpătat aproape nicio atenție; absența ei ar putea face imposibilă chiar comunicarea științifică. Totuși, prezența ei poate trezi sentimente de persecuție în recipienții comunicării. Nevoia de atenuare a sentimentelor

de persecuție contribuie la fenomenul abreacției în formularea comunicărilor științifice. Funcția elementelor de comunicare, cuvinte sau semne, este de a exprima, fie prin substantive simple, fie prin grupări verbale, faptul că anumite fenomene sunt constant împreunate într-o structură bazată pe înrudirea lor.

O funcție importantă a comunicării este realizarea corelației, în timp ce comunicarea este încă o funcție privată, concepțiile, gândurile și verbalizările lor sunt necesare pentru facilitarea împreunării unui grup de informații ale organelor de simț cu altul. Dacă informațiile împreunate sunt percepute ca armonioase, atunci un sens al adevărului este trăit; este de dorit ca acest sens să fie exprimat printr-o propoziție analoagă cu o propoziție funcțională de adevăr. Flecul producerii acestei împreunări a informațiilor organelor de simț și, prin urmare, a unei perspective bazate pe bun simț, induce în pacient o stare psihică de debilitate, ca și cum lipsa de adevăr ar fi într-un fel analoagă cu lipsa de hrană. Adevărul unei propoziții nu implică faptul că exist.¹ o realizare aproximând propoziția adevărată.

Putem considera mai detaliat acum relația dintre conștiința rudimentară și calitatea psihică. Emoțiile îndeplinesc pentru psihic o funcție similară celei a organelor de simț în relație cu obiectele din spațiu și timp. Cu alte cuvinte, contrapartea perspectivei bazate pe bunul simț din cadrul cunoașterii private este perspectiva bazată pe o emoție comună: adevărul este trăit când perspectiva despre un obiect care este urât

poate fi împreună cu cen despre aceiași obicei când este iubit, împreunarea confirmărul că obiectul trăit prin emoții diferite este același obiect. În acest caz, este stabilită o corelație.

107. O corelație similară, obținută prin aducerea conștientului și inconștientului în relație cu fenomenele din tratament, oferă o realitate de netăgăduit obiectelor psihanalitice, chiar dacă însăși existența lor a fost pusă la îndoială.

Comentariu

Ca stimulent al unei reflecții ulterioare, aş atrage atenția asupra unei ciudăţenii cunoscute tuturor, dar nu îndeajuns avute în vedere. În mod curent, organele de simţ îşi au propriile obiecte de percepţie. E adevărat că ochiul, supus unei presiuni, va „vedea” în aparenţă lumină („stelute” pentru pugilişti). Pe tărâmul mental, „organul de simţ al realităţii psihice”, împrumutând o frază freudiană, nu are asemenea limitări. El poate aprecia cu obiectivitate *toate* corespondentele *tuturor* simţurilor. Corespondentele mentale ale mirosului, văzului etc. Pot fi aparent intuite, toate, prin acelaşi aparat. Chestiunea este de importanţă practică pentru psihanalistul al cărui analizând spune: „Înţeleg ce spuneţi”, atunci când halucinează, să zicem, că e agresat sexual; ceea ce vrea *el* să spună este că *înţelesul* spuselor psihanalistului i-a apărut într-o formă vizuală, şi *nu* că a înţeles interpretarea. Acesta este tipul de problemă la care lucrarea de mai sus este o introducere.

Faptul că vorbirea şi gândirea joacă un rol aşă de important în psihanaliză este atât de

evident, încât poate scăpa atenției. Oricum, nu scapă atenției pacientului care își concentrează atacurile asupra legăturii și, în special, împotriva legăturii dintre analist și sine; un astfel de pacient lansează atacuri distructive împotriva capacității de vorbire sau gândire a analistului și a lui însuși. Dacă aceste atacuri se vreau corect înțelese, psihanalistul trebuie să fie conștient de natura ȳntelor atacate. Lucrarea este o ȳncercare de elucidare a acestui fapt. Cu experiența mea actuală, aș accentua mai mult ȳn 98 pe importanța de a pune la ȳndoială necesitatea unui gȳnditor pentru cȳ există gȳndurile. Pentru ȳnțelegerea corectă a situației ȳn care sunt dezlȳnțuite atacurile, e utilă postularea de gȳnduri care nu au un gȳnditor. Nu pot discuta aici problemele, dar trebuie să le formulez, pentru o investigație ulterioară, astfel: gȳndurile există fără un gȳnditor. Ideea de infinitate e anterioară oricȳrei idei a finitului. Finitul este „cȳștigat din infinitul adȳnc și amorf. Reformulȳnd mai concret, personalitatea umană are conștiința infinitȳții, „sentimentul oceanic”. Ea conștientizează limitarea probabil prin propria experienȳ mentală și fizicȳ și prin sentimentul frustrȳrii. Un numȳr infinit, un sentiment al infinitȳții, este ȳnlocuit, sȳ zicem, de un sentiment al treimii. Senzația cȳ există un numȳr infinit de obiecte e ȳnlocuitȳ de senzația cȳ există numai trei obiecte; spaȳiul infinit devine spaȳiu finit. Gȳndurile care nu au un gȳnditor dobȳndesc sau sunt dobȳndite de un gȳnditor.

ȳn practicȳ am gȳsit ȳn aceastȳ formulare, sau

în ceva asemănător, o aproximare utilă a realizărilor psihanalitice. Pacientul care suferă de ceea ce erau în mod obișnuit cunoscute drept tulburări de gândire va oferi exemple arătând că fiecare interpretare dată de psihanalist e în realitate un gând al său. El își va trăda convingerea că lucrările sau cărțile scrise de alții, inclusiv de psihanalistul său, i-au fost de fapt furate. Această convingere e extinsă la situația oedipiană din cazul pacienților mai comuni. În măsura în care el sau ea admite evidența unei relații inter-parentale, sau relația verbală dintre psihanalist și sine, el este pur și simplu o grămadă de fecale, produsul unui cuplu. În măsura în care se consideră propriul. Sau creator, el a evoluat din infinit. Calitățile sale umane (limitările) se datorează părinților, care prin relația lor îl fură lui însuși (egalul lui Dumnezeu). Ramificațiile atitudinii lui, mai clar deslușite dacă psihanalistul postulează „gânduri fără gânditor”, sunt considerabile, așa încât mi-ar trebui încă o carte pentru a încerca să le elucidez. Deși această formulare este neadecvată, sper că îl va ajuta pe cititor să găsească continuarea dezvoltărilor pe care am încercat să le schițez în aceste lucrări.

Aș avertiza împotriva frazei „informații verificabile empiric”, pe care o utilizez în 100. Nu vreau să spun că experiența „verifică” sau „validează” ceva. Credința aceasta pe care am întâlnit-o în literatura de filosofie a științei se referă la o experiență care permite savantului să dobândească un sentiment de siguranță, pentru a compensa și neutraliza sentimentul de

nesiguranță care urmează realizării că descoperirea a expus noi aspecte ale problemelor nerezolvate – „gânduri” în căutarea unui gânditor.

REFERINȚE BIBLIOGRAFICE

Bion, W.R., Notes on the theory of schizophrenia, *International Journal of Psycho-Analysis*, 1954, 35, 115 – 118 volum, 89 – 113.

Bion, W.R., Development of schizophrenic thought, *International Journal of Psycho-Analysis*, 1956, 37.344 – 345; acest volum, 114 – 122.

Bion, W.R., Differentiation of the psychotic from the nonpsychotic personalities, *International Journal of Psycho Analysis*, 1957, 38, 66 – 275; acest volum, 123 – 145.

Bion, W.R., On arrogance, *International Journal of Psycho-Analysis*, 1957, 39, 144 – 146; acest volum, 169 – 176.

Bion, W.R., Catastrophic Change, Bulletin of the British Psychoanalytic Society, 1967.

Freud, S. (1911), Formulations regarding the two principles of mental functioning, *SE*, vol. *XU*, 218 – 226, London, The Hogarth Press, 1958.

Freud, S. (1915), The unconscious, *ZB*, vol. *XV*, ICC-2.5, London, The Hogarth Press, 1957.

Freud, S. (1923), The ego and the id, *SE*, vol. *XIX*,! 2 – 66, London, The Hogarth Press, 1961; ediția română; S. Freud, *Dincolo de principiul plăcerii*, trad. de G. Purdeu și V. Dem. Zamfirescu, 95 – 157, Bd. Jurnalul Literar”, București, 1992.

Freud, S. (1930), Civilization and its Discontents, *SE*, vol. *XXI*, 65 – 145, London, The Hogarth Press, 1961.

Klein, M. (1928), Early stages of the Oedipus

conflict, în: *The Writings of Melanie Klein*, vol. I, 186 – 198, New York, The Free Press, 1975.

Klein, M. (1935), A contribution to the psychogenesis of manic-depressive states, în: *The Writings of Melanie Klein*, vol. I, 262 – 289, New York, The Free Press, 1975.

Klein, M. (1946), Notes on some schizoid mechanisms, în: *The Writings of Melanie Klein*, vol. III, 1-24, New York, The Free Press, 1975.

Klein. M. (1948), On the theory, of anxiety and guilt, în: *The Writings of Melanie Klein*, vol. IJI, 25 – 42, New York, The Free Press, 1975.

Klein, M. (1957), Envy and gratitude, în: *The Writings of Melanie Klein*, vol. II, 176 – 235, New York, The Free Press, 1975.

Poiear6, H., *Science and Method*, Dover, f. D.

Rosenfeld, H., Notes on the psychoanalysis of the superego conflict of an acute schizophrenic patient, *International Journal of Psycho-Analysis*, 1952, 33, 111 – 131.

Rosenfeld. H., Transference-phenomena and transferenceanalysis în an acute catatonic schizophrenic patient, *International Journal of Psycho-Analysis*, 1952, 33, 457 – 464.

Rosenfeld. H... Note on the psychopathology of confusional states în chronic schizophrenia, *International Journal of Psycho-Analysis*, 1950, 31, 132 – 137.

Segal, H., Some aspects of the analysis of a schizophrenic, *International Journal of Psycho-Analysis*, 1950, 31, 69 – 278.

Segal, H., Depression in the schizophrenic.

International Journal of Psycho-Analysis, 1956, 37, 339 – 343.

Segal, H., Notes on symbol formation, *International Journal of Psycho-Analysis*, 1957, 38, 339 – 343.

SCRIERILE LUI WILFRED R. BION

1940: Războiul nervilor

1940: Tensiuni intragrupale în terapie:

Studiul lor ca sarcină a grupului 1946: Proiectul grupului fără leader 1948: Psihiatria în timp de criză 1948 – 1951: Experiențe în grupuri 1950: Geamănul imaginar (acest volum)

1952: Dinamica de grup: O re-trecere în revistă.

1954: Note asupra teoriei schizofreniei (acest volum) 1955: Limbaj și schizofrenie 1956: Dezvoltarea gândirii schizofrenice (acest volum) 1957: Diferențierea personalității psihotice de cea nepsihotică (acest volum)

1958: Despre halucinație (acest volum)

1958: Despre aroganță (acest volum)

1958: Atacuri asupra legăturii (acest volum)

1961: Experiențe în grupuri

1962: O teorie a gândirii (acest volum)

1962: Învățând din experiență 1963: Elemente de psihanaliză 1965: Transformări 1966: Schimbarea catastrofică 1967: Gânduri secunde 1967: Note despre memorie și dorință 1970: Atenție și interpretare 1973: Lecturi braziliene (1)

1974: Lecturi braziliene (2)

1975: Jurnal din viitor: Visul 1976: Evidență

1977: Jurnal din viitor: Trecutul prezentat 1977: Două lucrări: Grila și cezura 1977:

Turbulență emoțională

1977: Despre un citat din Freud 1978: Patru discuții cu W.R. Bion 1979: Jurnal din viitor: Zorii uitării 1979: Făcând o treabă bună dintr-una rea 1980: Bion în New York și São Paulo 1981: O cheie a *Jurnalului din viitor* 1982: Lungul sfârșit de săptămână (1897 - 1919) 1985: Toate păcatele reamintite.

Cealaltă latură a geniului 1987: Seminare clinice și patru lucrări 1992: Cugetări